



**EUGÉNIA MARIA
LAMEIRO TAVARES**

**ANÁLISE E ESPECIFICAÇÃO DE UM SISTEMA DE
APOIO À DOENÇA MENTAL**



**EUGÉNIA MARIA
LAMEIRO TAVARES**

**ANÁLISE E ESPECIFICAÇÃO DE UM SISTEMA DE
APOIO À DOENÇA MENTAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica do Doutor Daniel Ferreira Polónia, Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro.

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo - é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é ainda mais preciso.”
Antoine de Saint-Exupéry

Para ti,

André, que tornaste o meu sonho possível, dando-me as asas necessárias. Não preciso dizer o quanto te agradeço, pela companhia, pelo apoio, pelas secas que apanhaste. Obrigado por teres abdicado de parte da tua vida em prol da minha quimera.

Para ti,

Mãe, que apesar de todas as dificuldades inerentes à tua vida, nunca me faltaste com nada de essencial, e acima de tudo, pelo teu apoio incondicional. A minha força interior provém de ti.

Para ti,

Pai, que estejas onde estiveres, rejubilas de orgulho.

o júri

Presidente

Prof. Doutor António Carrizo Moreira
professor auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Maria José Rodrigues Felício de Moura e Castro
professora adjunta da Universidade de Aveiro

Doutor Daniel Ferreira Polónia
professor auxiliar Convidado da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Muito para além de se assumir como o cumprimento de uma prática académica, e uma vez que uma tese nunca é um trabalho individual, importa referir a importante colaboração de várias pessoas, sem as quais este propósito não tinha sido conseguido e às quais tenho que prestar a minha mais singela homenagem. Certa que o espaço delimitado desta secção, não me permite agradecer, como devia, a todas as pessoas que tornaram possível este caminho.

Nomeadamente:

Ao meu orientador, Doutor Daniel Ferreira Polónia, Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Economia Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro, pela sua doura sabedoria, por todo o empenho e disponibilidade, pelo incentivo, pelo brilhantismo da sua visão e pelo rigor dos seus conselhos, pela paciência e sobretudo pela amizade sempre demonstrada ao longo daquilo que foi uma verdadeira maratona.

À Professora Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Ao Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro José Ignacio Guinaldo Martin e ao Mestre Licínio Kustra Mano, cofundador da iUZ Technologies e Assistente da Universidade de Aveiro no Departamento de Comunicação e Arte, pela ajuda na adaptação do sistema à realidade e por me abrirem os horizontes na procura de caminhos alternativos.

Ao INFARMED pela disponibilização atempada de dados.

À Glinnt, na pessoa do Dr. Miguel Lança, por me elucidar do funcionamento do Sifarma 2000.

Às minhas irmãs, e aos meus sobrinhos, para os quais não tenho palavras.

A toda a família alargada e aos amigos que me aturaram nas horas de maior desânimo.

À Paula, por todo o carinho e disponibilidade e acima de tudo por todo o apoio logístico prestado ao longo deste último ano.

Por último, mas não menos importante, um agradecimento especial a Armando Tavares, Técnico de Diagnóstico e Terapêutica de profissão, mas, acima de tudo, um amigo incondicional. Por me ter apresentado o tema, por o ter debatido comigo tantas vezes, pela força e pela energia que me transmitiu. Pela visão e sagacidade. Ao longo dos últimos anos, sei que te roubei muito tempo, mas também sei que o encaraste como uma mais-valia. Sei que não precisava de te agradecer, fizeste-o com essa vontade própria, com esse altruísmo que te caracteriza, certo que deste por bem entregue o teu tempo. É desta fibra que são feitos os Homens.

palavras-chave

Saúde mental, Sistemas de Informação, Recomendações, Comparticipação, Consultas de Psiquiatria, Consumo de Psicofármacos.

resumo

A saúde sempre foi, e sempre será, o sustentáculo das sociedades modernas. Partindo deste verdadeiro axioma, o objetivo primordial desta dissertação centrou-se na análise e especificação de um sistema de informação que permitisse um melhor acompanhamento do doente mental. A abordagem à saúde em Portugal ainda é feita de forma desgarrada, sem a necessária interação dos vários profissionais de saúde naquilo que é de capital importância na saúde: o superior interesse do doente. Tendo em conta que, nas sociedades atuais, a saúde mental assume contornos cada vez mais complexos e preocupantes, com prevalências crescentes, é do nosso ponto de vista essencial apontar baterias na criação de alternativas sustentáveis, que permitam não só a sobrevivência do SNS, como a melhoria das condições de acesso ao medicamentos e ao serviços de saúde, com particular incidência na saúde mental, e que esse acesso seja feito de forma financeiramente sustentável. E porque na saúde se lida com pessoas, e devido à volatilidade e imprevisibilidade do carácter humano, é fundamental que se reúnam condições para a estabilização dos doentes portadores de anomalias mentais. Nesse sentido, a criação de um sistema de informação que potencie a união de esforços entre os vários profissionais de saúde, levando-os a interagir, funcionando como um verdadeira equipa, pode ser uma enorme mais-valia para o Serviço Nacional de Saúde. É aqui que reside o cerne deste trabalho, na verdadeira agremiação de esforços entre todas as partes interessadas na saúde mental, tendo cada uma delas uma palavra a dizer, no que concerne ao melhoramento de todo o percurso do doente. Um sistema de informação que, consiga reunir a informação disponível, mas que se encontra dispersa em várias plataformas, congregando-a e atualizando-a, que possa permitir a partilha de conhecimento e informação, permitindo a utilização segmentada por vários profissionais de saúde, unificando esforços, envolvendo várias partes da sociedade, em prol do doente e da sua saúde é indubitavelmente geradora de consensos. E se nesse mesmo sistema, fosse integrado, um controle mais efetivo à prescrição de medicamentos, facilitando o acesso aos mesmos, para quem deles precise, inibindo as fraudes, diminuindo os desperdícios, alocando os recursos para onde fossem realmente necessários, estariam criadas as verdadeiras condições para a sustentação de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde. De todos e para todos.

keywords

Mental Health, Information Systems, Recommendations, Participation, Psychiatry Consultation, Psychiatric Drugs Consumption.

abstract

Health has always been and always will be the mainstay of modern societies. From this axiomatic truth, the primary objective of this dissertation is focused on the analysis and specification of an information system that would allow better monitoring of the mentally ill. The approach to health in Portugal is still done in a stray without the necessary interaction of various health professionals on what is of paramount importance in health: the best interests of the patient. Given that, in contemporary societies, mental health has become all the more complex and troubling, with increasing prevalence. It is in our view essential to concentrate in creating sustainable alternatives, allowing not only the survival of the NHS, as well as the improvement of access to medicines and health services. And because health deals with people, and due to the volatility and unpredictability of human character, it is essential to meet the conditions for the stabilization of patients with mental abnormalities.

In this sense, the creation of an information system that potentiates the joint efforts between the various health professionals, leading them to interact, working as a real team, can be a huge asset for the National Health Service and therein lies the crux of this work, a collegiate effort among all stakeholders in the process, each having a say, in regard to the improvement of the well-being of the patient. It is conceived as an information system that can gather the available information, currently dispersed across multiple platforms, enabling the sharing of knowledge and information, unifying efforts, involving various parts of society, in the best interest of the patient. And, if that same system integrated a more effective control of prescription medications, facilitating access, inhibiting fraud, reducing waste, allocating resources to where they were really needed, it would create the conditions to support the National Health Service with the motto: "Of all and for all".

Índice

Índice.....	i
Índice de Figuras.....	iii
Índice de Tabelas	iv
Siglas e acrónimos	v
1 Introdução	1
2 Revisão da literatura	5
2.1 Serviço Nacional de Saúde.....	5
2.2 Saúde mental	14
2.3 Sistemas de informação de saúde	39
2.4 Conclusão	56
3 Comparticipação de medicamentos.....	59
3.1 Doenças do foro mental	59
3.2 Sistema de comparticipação	69
3.3 Modelo de custos do Estado.....	79
3.4 Evolução das consultas de psiquiatria e do consumo de psicofármacos	83
3.5 Conclusão	95
4 Proposições, Modelo e Especificação do Problema	97
4.1 Proposições.....	Erro! Marcador não definido.
4.2 Modelo	99
4.3 Metodologia.....	100
4.4 Melhorias necessárias para um melhor acompanhamento do doente mental.....	100
4.5 Conclusão	123
5 Análise de benefícios e conclusões	125
5.1 Melhor acompanhamento do doente mental	125

5.2	Racionalização da medicação	125
5.3	Diminuição de custos económicos e sociais	126
5.4	Criação de poupança por parte do Estado	129
5.5	Racionalizar, reeducar e responsabilizar	129
5.6	Conclusões e trabalho futuro	134

Índice de Figuras

Figura 1: Redução de despesa do Estado com medicamentos, baseada em medidas administrativas de redução de preços.....	76
Figura 2: Efeitos da diminuição da comparticipação de medicamentos	80
Figura 3: Evolução da despesa global com psicofármacos 2000-2009	91
Figura 4: Evolução da despesa do SNS com psicofármacos por categorias 2000-2009	91
Figura 5: Evolução do consumo de psicofármacos e das consultas de psiquiatria.....	94
Figura 6: Efeitos do aumento das consultas de psiquiatria	95
Figura 7: Modelo Conceptual relativo ao impacto da implementação de um sistema de acompanhamento mental.....	100
Figura 8: Pirâmide de Informação	105
Figura 9: Processo de consultas e acompanhamento do doente mental.....	114
Figura 10: Diagrama de <i>use cases</i> relativamente ao médico.....	115
Figura 11: Diagrama de <i>use cases</i> relativamente aos enfermeiros	117
Figura 12: Diagrama de <i>use cases</i> relativamente aos psicólogos.....	118
Figura 13: Diagrama de <i>use cases</i> relativamente aos farmacêuticos.....	119
Figura 14: Diagrama de <i>use cases</i> relativamente aos trabalhadores sociais	120
Figura 15: Diagrama de <i>use cases</i> relativamente à comunidade	121
Figura 16: Diagrama de <i>use cases</i> relativamente às famílias.....	121
Figura 17: Diagrama de <i>use cases</i> relativamente aos doentes.....	122

Índice de Tabelas

Tabela 1: Balanço de políticas aplicadas na saúde	13
Tabela 2: Evolução consultas de psiquiatria 2000-2010.....	85
Tabela 3: Evolução consultas de psiquiatria de urgência 2004-2008	86
Tabela 4: Evolução consumo de psicofármacos 2000-2009	90
Tabela 5: Evolução dos Encargos do SNS e taxa de comparticipação com Ansiolíticos e Antipsicóticos de 2000 a 2009.....	92
Tabela 6: Evolução dos Encargos do SNS e taxa de comparticipação com Antidepressivos e Lítio de 2000 a 2009.....	92

Siglas e acrónimos

CIC - Comissão para a Informatização Clínica

DDD - Dose Diária Definida de um fármaco

DHD - Dose Diária Definida por 1000 habitantes dia

ECCL - European Coalition for Community Living

ENFIN - Enfermagem/Informática

ENMHP - Rede Europeia para a promoção da saúde no local de trabalho

EPS - Electronic Prescription Service

ESMHD - Sociedade Europeia de Saúde Mental e Surdez

EU - European Union

EUA - Estados Unidos da América

EUFAMI - Federação Europeia das Associações de Famílias de Pessoas com Doença Mental

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

ICD - International Classification of Diseases

IEPS - Sistema Eletrónico de Prescrição Integrado

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

IRS - Imposto sobre Rendimento Singular

ISRS - Inibidores seletivos da recaptção da serotonina

MHE - Mental Health Europe

NIF - Número de Identificação Fiscal

NPD - Banco de Dados Nacional de Prescrição (Dinamarca)

NPfIT - Programa Nacional do Reino Unido para a TI

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

PDS - Plataforma de Dados da Saúde

PEM - Perfil Eletrónico de Medicina Pessoal

PNS - Plano Nacional de Saúde

PVP - Preço de Venda ao Público

RNU - Registo Nacional de Utentes

SAM - Sistema de Apoio Médico
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SINUS - Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SONHO - Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPR - Sistema de Preços de Referência
TI - Tecnologias de Informação
TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação
UE - União Europeia

Capítulo 1

1 Introdução

Todos os anos, os governos debatem-se com o enorme problema que é orçamentar o sector da saúde em geral, e particularmente no que concerne à comparticipação de medicamentos em ambulatório. A título de exemplo, no ano de 2010 foram gastos cerca de 1,737 mil milhões € nesta rubrica (INE, 2010), perfazendo esta quantia quase 20% do Orçamento do Estado para a saúde nesse respetivo ano. Na tentativa de minorar este problema, os sucessivos governos têm optado sempre pela maneira mais fácil, cortando na comparticipação dos medicamentos, penalizando sempre quem deles precisa. Esta realidade é particularmente incisiva no campo da saúde mental, que se assume como uma das pedras basilares da prosperidade, solidariedade e justiça social das sociedades modernas e que impõe múltiplos custos, inúmeras incapacidades ou perdas e sobrecarrega os cidadãos e os sistemas sociais (Committee, 2006) .

Os estudos mais recentes sobre doenças mentais demonstram que as perturbações do foro mental se transformaram no primordial foco de incapacidade e absentismo laboral, assim como uma das principais causas de morbilidade das sociedades modernas. De entre as dez principais causas de incapacidade, cinco delas são do foro mental (Almeida, 2008). As perturbações mentais e comportamentais exercem um notável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas perturbantes do seu problema, como acabam também por sofrer por se encontrarem incapacitados para participar em atividades de trabalho e lazer, muitas das vezes por mera discriminação. Uma das suas preocupações é o facto de não poderem arcar com as suas responsabilidades, no que diz respeito à família e aos amigos, receando serem peso para os outros (OMS, 2001b).

Este tipo de doença, devido à sua especificidade, requer estabilidade na terapêutica, visando a cura total, quando possível. Por outro lado, existe uma correlação perfeitamente documentada, entre as crises económicas e o aumento da incidência de doenças do foro mental, sendo que “as doenças psiquiátricas são responsáveis por elevados custos para as sociedades, em termos de sofrimento e incapacidade individual, de disfunção familiar e de diminuição da produtividade no trabalho. Encontram-se estritamente associadas a algumas das situações clínicas que levam a maiores índices de utilização de serviços e de consumo de medicamentos” (CNRSSM, 2007, p. 15).

Na Europa, com Portugal incluído, os dados disponíveis têm denotado um aumento da prevalência das perturbações mentais, que começam a ser preocupantes. Em 2008, estimava-se que cerca de 11% da população europeia (aproximadamente 50 milhões de pessoas) sofriam de algum tipo de perturbação mental. No caso concreto de Portugal, estima-se que, ao longo da vida, em cada 5 pessoas, pelo menos 1 delas sofreu num determinado período, uma qualquer perturbação mental, estamos a falar, mais concretamente de 23% da população. Com este panorama, Portugal demonstra uma prevalência de perturbações mentais acima da média dos seus parceiros europeus (OPP, 2011).

Nas patologias de origem mental, as partes interessadas assumem um papel preponderante, uma vez que podem dar o suporte necessário para debelar a doença. Mas, nem sempre isso

acontece. Muitas vezes as doenças mentais surgem exatamente pela falta de apoio familiar, e isso é particularmente observável nos doentes mais idosos, não raras vezes ostracizados pelas famílias. Neste particular, é fundamental a ação dos organismos sociais, de forma a identificar situações emergentes e atuar sempre que necessário.

Assim sendo, para tentar colmatar estas falhas tanto a nível do Estado, como a nível da própria doença, as Tecnologias da Informação e Comunicação podem assumir um papel fulcral na elaboração de reformas no sector da saúde, facultando um manancial de soluções inovadoras, potenciando uma melhoria da qualidade, do acesso e da eficácia do sector saúde. Isto faz com que os sistemas de informação sejam, cada vez mais, um instrumento de importância crítica, para o progresso de estratégias informacionais, no sector da saúde (Espanha, 2010).

Perante estes pressupostos, a implementação de um sistema de acompanhamento da doença mental, extensível à saúde em geral, permitiria em primeiro lugar gerir melhor os recursos em termos de consultas, uma vez que doentes controlados não necessitariam de ir tantas vezes ao médico apenas para ir buscar receitas, libertando o clínico para consultas mais urgentes, ou para um atendimento mais demorado nos casos em que isso fosse necessário, além de possibilitar um melhor acompanhamento da doença, proporcionando uma melhoria da saúde mental, desaguando numa redução de custos para o Estado.

Por outro lado, com a criação deste sistema, toda a informação relevante no que concerne à medicação, tais como reações alérgicas, intolerâncias à medicação, efeitos secundários exacerbados entre outros, estariam indexadas a uma partição do Cartão do Cidadão, devidamente protegida, ao qual as farmácias teriam acesso, facultando a medicação necessária para um determinado período de tempo, previamente definido pelo médico. Estes medicamentos seriam dispensados aos utentes, mediante instruções médicas precisas, tendo em conta quer a posologia quer a duração do tratamento, evitando assim o uso abusivo e os desperdícios inerentes à má utilização.

Deste modo o principal objetivo deste trabalho prende-se com a análise e especificação da introdução de um sistema de acompanhamento mental, em ambulatório, ou seja como é que os sistemas de informação poderão auxiliar o doente mental e quais os benefícios daí resultantes, quer para o Estado quer para o doente em particular.

Outra pretensão desta dissertação prende-se com a análise dos efeitos causados pelas sucessivas diminuições da comparticipação de medicamentos, e qual o impacto que estas alterações têm para o paciente e para o próprio Estado, assim como examinar a evolução do consumo de psicotrópicos e das consultas de psiquiatria em Portugal e em que medida um sistema de acompanhamento da saúde mental pode trazer benefícios para o Estado e o doente.

Pretende-se ainda analisar como é as partes interessadas na melhoria do bem-estar do doente mental podem intervir no auxílio da doença e como é que esta interação pode ser suportada por um sistema de informação de acompanhamento da doença mental, que potencie a agremiação de esforços em torno do superior interesse do doente.

Numa primeira abordagem, este trabalho pretendia-se ser mais quantitativo, ou seja conseguir calcular valores que o Estado iria poupar com a implementação de um sistema de acompanhamento da doença mental. Mas, como o acesso aos dados se revelou impossível, após contacto com as entidades responsáveis, procedeu-se a uma segunda abordagem onde a metodologia passou a ser desenhar o sistema de acompanhamento

mental, os respetivos requisitos e explorar os benefícios resultantes da aplicação efetiva deste sistema.

O presente trabalho apresenta-se estruturado em vários capítulos, sendo que no capítulo 2, é apresentada uma revisão de literatura referente à evolução do Serviço Nacional de Saúde, à área saúde mental e aos sistemas de informação. Na secção Serviço Nacional de Saúde, além da abordagem à génese do SNS, são apresentadas as principais políticas aplicadas ao longo dos anos, bem como alguns efeitos destas, resultando daqui a evolução do nosso serviço de saúde.

Na secção da saúde mental inicialmente é feito um paralelismo entre saúde e saúde mental e de seguida são apresentadas as boas práticas de saúde mental, tanto a nível nacional como europeu. Posteriormente serão analisadas as linhas orientadoras para profissionais de saúde mental a nível mundial e, por último, nesta secção será estudada a diretiva *cross-border healthcare*.

Ainda neste capítulo, inseridos na secção dos sistemas de informação, são analisados os conceitos de sociedade, informação e conhecimento, para se tornar mais perceptível o conceito de sistema de informação. Após a definição de conceitos, será apresentada a evolução e histórico dos sistemas de informação em Portugal, quer na área da saúde quer na área da gestão do medicamento, sendo por fim analisado o conceito e a evolução da prescrição eletrónica.

No capítulo 3, são apresentados fatores relevantes da comparticipação de medicamentos, sendo que neste capítulo que se pretende analisar quais os efeitos da diminuição da comparticipação de medicamentos, tanto para o utente, como para o Estado.

Este capítulo está dividido por 4 secções.

A secção doenças do foro mental expõem alguns tipos de doenças mentais e como estas doenças podem ser afetadas pela crise económica, sendo apresentado um modelo de relações. Já na secção sistemas de comparticipação é estudada a evolução das comparticipações de medicamentos, os despachos que se encontram em vigor e são estudadas as principais variações de preços dos medicamentos.

Com base na apresentação de um modelo de custos para o Estado, serão estudadas quais as variáveis afetadas pela diminuição da comparticipação de medicamentos, obtendo assim um modelo relacional. Aqui também será apresentada a função custo social do Estado, para que se possa estabelecer uma relação entre a variável comparticipação e custos para o Estado.

Por fim, na secção evolução das consultas de psiquiatria e consumo de psicofármacos, serão analisados dados que nos possam mostrar a tendência das consultas de psiquiatria e dos consumos de psicofármacos. Desta análise serão extrapoladas algumas consequências e algumas formas para colmatar estas consequências.

No capítulo 4, formado por 5 secções, são aventadas algumas proposições que foram surgindo ao longo da revisão de literatura, e será apresentado como estas se relacionam através de um modelo relacional. Neste capítulo também será apresentada a metodologia.

Na secção melhorias necessárias para um melhor acompanhamento do doente mental, que foi composta para auxiliar as proposições, serão estudados os quais os intervenientes primordiais no bem-estar do doente mental, de que forma é que estes podem intervir para auxiliar o doente mental e como é que esta intervenção pode ser efetuada através de um

sistema de informação. Sendo apresentado de seguida o processo de interação e os requisitos do respetivo sistema de acompanhamento do doente mental.

No capítulo 5, serão analisados os benefícios da implementação do sistema desenhado, estando subdividido em benefício para o doente mental e benefício para o Estado. É também neste capítulo que serão corroboradas ou refutadas as proposições. Finalmente serão apresentadas as principais conclusões do respetivo trabalho, as contribuições do mesmo e as suas limitações assim como os caminhos para uma futura investigação.

Capítulo 2

2 Revisão da literatura

Neste capítulo o objetivo é dar suporte e enquadramento teórico à concretização dos objetivos anteriormente apresentados, através do estudo e análise de artigos científicos, sobre diversos temas, transversais à saúde de uma forma geral, nomeadamente artigos que abordam temas como a evolução do Serviço Nacional de Saúde, para que se possa compreender a definição de saúde mental e as principais políticas implementadas ao longo dos anos neste sector.

Ao longo deste capítulo também serão abordados temas relacionados com as boas práticas na saúde mental, proceder-se-á à identificação de quais as instituições que acompanham a saúde mental e as principais recomendações feitas nesta área, tanto em Portugal como a nível Europeu. Ainda nesta secção estudaremos as linhas orientadoras para profissionais de saúde mental e a Diretiva 2011/24/EU, também conhecida como diretiva *cross-border healthcare*, que será devidamente analisada, de forma a estudar o impacto desta ao nível da saúde mental.

Por fim estudaremos os sistemas de informação na saúde, onde serão analisados os sistemas de informação implementados na área de saúde e farmácia em Portugal, dando uma maior ênfase à prescrição eletrónica, que será estudada por forma a apresentar as suas principais vantagens, bem como as suas principais barreiras e dificuldades de implementação.

A terminar esta subsecção serão apresentados casos de estudo de países onde sistemas de prescrição eletrónica já se encontram implementados, para conhecermos um pouco da realidade destes sistemas.

2.1 Serviço Nacional de Saúde

Qualquer trabalho versando a saúde em Portugal não fica completo sem aflorar a evolução do Serviço Nacional de Saúde. Partindo dessa premissa, nesta secção vamos fazer uma pequena resenha sobre a génese do SNS os princípios basilares que regeram essa criação e a sua evolução.

Os modelos de sistemas de saúde existentes nos países da OCDE decorrem das respostas que os Governos e a sociedade foram encontrando, de forma a alcançar objetivos sociais, em particular na melhoria da saúde.

Nesta secção pretende-se analisar a história das políticas de saúde em Portugal, desde 1974 à atualidade, sendo descritas também algumas das reformas mais importantes no sistema de saúde.

2.1.1 As políticas de saúde de 1833 a 1979

A organização do serviço de saúde sofreu, ao longo dos tempos, a influência dos juízos religiosos, políticos e sociais característicos de cada época e foi-se materializando de forma

a dar respostas ao aparecimento das doenças já existentes e das que entretanto iam surgindo (Saúde, 2010).

Nos finais do século XIX e inícios do século XX, na Europa começam a emergir os sistemas nacionais de saúde, com base na filosofia Bismarckiana. Esta filosofia nasceu na Alemanha, em 1883 no Governo de Bismarck, e tinha a sua essência uma lei inovadora, que obrigava os funcionários a contribuir para um esquema de seguro-doença em prol dos trabalhadores mais pobres, sendo, num segundo momento, alargada a trabalhadores com rendimentos mais elevados, tratando-se assim do primeiro exemplo de um modelo de segurança social imposto pelo Estado, a favor da população em geral. Este movimento levou, num momento posterior, à criação de um sistema de seguros obrigatório que cobria os riscos de doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura. O sistema consistia em “prevenir os riscos incertos através de um seguro pago por uma contribuição partilhada de patrões e trabalhadores” (Simões, 2004, p. 30). Ao trabalhador consistia a obrigação de contribuir, independentemente da sua condição social, e os direitos eram adquiridos pelo trabalho e pelas contribuições regulares, os quais geravam benefícios imediatos ou diferidos (Simões, 2004).

Seguindo a Alemanha e com base nesta filosofia, foram surgindo os primeiros esboços dos sistemas de saúde, como por exemplo, na Bélgica em 1894 e na Noruega em 1909 (OMS, 2000).

Em 1948, no período pós segunda guerra mundial, o Reino Unido institui o primeiro Serviço Nacional de Saúde (OMS, 2000) com base no trabalho desenvolvido por Beveridge.

De acordo com Simões (2004) no relatório de Beveridge, em 1942, os serviços de saúde são definidos como uma das condições necessárias para a criação de um sistema viável de segurança social na Grã-Bretanha. Este relatório baseia as suas propostas na existência de um Estado interventor que deve “encontrar respostas para as diversas situações de risco social, sendo deste ponto, um sistema mais completo que o de Bismarck, uma vez que pretende cobrir uma gama completa de riscos “do berço à sepultura” e integra ainda as situações de exclusão social” (Simões, 2004, p. 32). Trata-se assim de um sistema universal porque abrange toda a população, unificado porque a quotização cobre o cidadão em relação a todos os aspetos de risco social e uniforme porque as prestações são independentes do rendimento auferido.

À semelhança da Europa, e de acordo com Saúde (2010), em 1899 o Dr. Ricardo Jorge inicia a preparação e a organização dos serviços de saúde pública, com o Decreto de 28 de Dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, que só é publicado a 24 de Dezembro de 1901. A prestação de cuidados de saúde era então de natureza privada, e ao Estado cabia apenas a assistência aos pobres.

Já em 1945, surge a publicação do Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro, onde é reconhecida a fragilidade sanitária do país e a necessidade premente de uma resposta por parte do Estado. São, então, criados institutos dedicados aos problemas específicos de saúde pública, com particular destaque para a tuberculose e a saúde materna. Inicia-se assim a reforma sanitária de Trigo de Negreiros (Subsecretário do Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior).

No início do ano 1946, a Lei n.º 2011, de 2 de Abril, determina a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde existentes até então, lançando assim as bases para a criação de uma rede hospitalar organizada (Saúde, 2010).

Até à década de sessenta do século XX, segundo Alves (2011), em Portugal, era ao Estado que, no seguimento da Lei nº 2011/46 de 2 de Abril, competia a assunção das responsabilidades na área da saúde, mas apenas no que respeitava à Saúde Pública (controlo de sanidade do meio ambiente e doenças transmissíveis, vacinações, além de algumas competências burocráticas), por meio das Delegações Distritais e Subdistritos de Saúde. No que concerne à área de assistência e prestação de cuidados primários e hospitalares, existia um enorme afastamento do Estado, pois este apenas assumia um papel puramente complementar, com cobertura bastante limitada e alicerçada, apenas, nos hospitais das Misericórdias ou no trabalho das Caixas de Previdência, sendo que estas tinham uma função mais direcionada para a área da consulta externa, servindo apenas os seus beneficiários, que representavam uma parte diminuta da população.

Apenas em 1967 seria previsto um sistema de saúde (Alves, 2011). Este atraso face à Europa deveu-se à preponderância de alguns fatores como o tradicionalismo, a periferia geográfica face à Europa, uma grande debilidade industrial e o predomínio de agricultura de subsistência, culminando com um quase isolamento cultural e político da sociedade portuguesa.

Papel importante teve a reforma do sistema de saúde e assistência, realizada em 1971, conhecida como “reforma de Gonçalves Ferreira”, onde pela primeira vez surge um verdadeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde, mesmo antes do 25 de Abril de 1974 (Saúde, 2010).

O Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, descreve a organização do Ministério da Saúde e Assistência, e nele são explanados os princípios basilares do sistema de saúde, com particular destaque para o direito à saúde de todos os portugueses, reconhecido por decreto, competindo ao Estado o assegurar desse direito, utilizando para isso uma política de saúde sob a égide do Ministério da Saúde. Este decreto promovia a inclusão de todas as atividades relacionadas com a saúde e a assistência, visando um melhor aproveitamento dos recursos utilizados, e fomentava ainda a necessidade do planeamento central, mas com descentralização no que concerne à execução, dando assim mais dinâmica aos serviços locais. Surgem assim os Centros de Saúde de primeira geração, ficando excluídos nesta reforma os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência (Saúde, 2010).

Em suma pode afirmar-se que a saúde em Portugal antes do 25 de Abril de 1974 era constituída por várias instituições (OPSS, 2001, p. 11):

- i. As Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País.
- ii. Os Serviços Médico-Sociais (SMS) prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência. Estas constituíram a versão portuguesa do “regime do bem-estar” na saúde – quotização obrigatória de empregado e empregador para financiar o acesso aos cuidados de saúde.
- iii. Os Serviços de Saúde Pública estavam vocacionados essencialmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências).

- iv. Os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos (poucos) grandes centros urbanos.
- v. Os serviços privados eram dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados.

Com a Revolução de Abril de 1974, e as consequentes mudanças políticas a nível nacional, surgem as condições políticas e sociais que irão permitir a criação do Serviço Nacional de Saúde. É aprovada em 1976, uma nova Constituição, cujo artigo 64.º declara que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito é garantido pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito.

Para assegurar o direito à proteção da saúde, o Estado assume, prioritariamente, as funções de garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e carreira contributiva, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como a uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país.

Segundo Saúde (2010), o Despacho Ministerial 56/79 publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de Julho de 1978, também conhecido como o “Despacho Arnaut”, está na génese do verdadeiro SNS, uma vez que garante o acesso aos serviços médicos a todos os cidadãos, não correlacionando o seu acesso com a carreira contributiva do utente. Fica assim garantido, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação de medicamentos.

O Estado cria o Serviço Nacional de Saúde, enquanto instrumento para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos (Saúde, 2010). Parafraseando Costa (2007), o Serviço Nacional de Saúde português é a pedra basilar do sistema de cuidados de saúde, sendo criado com base na reforma “Gonçalves Ferreira” de 1971 (OPSS, 2002) e caracteriza-se por um modelo baseado na cobertura universal da população, tendo por base uma generalidade de benefícios, assim como uma taxa de financiamento e um controlo dos fatores de produção.

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, apesar de, a partir do final dos anos 80, passar a contemplar a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. Aquando da criação do SNS, os medicamentos em ambulatório passam a integrar o SNS, pagando os utentes apenas uma parte do custo total da medicação, sendo o restante pago pelo Estado.

O objetivo primordial da política de saúde na década de setenta assentou essencialmente na diminuição das barreiras ao acesso de cuidados médicos, no que concerne à vertente de financiamento - capacidade de pagar os cuidados médicos necessários – e à vertente relativa ao acesso físico (expansão da oferta). As decisões políticas no campo da saúde neste período constituíram mais uma aceleração do processo do que um processo de rutura com o passado. Na sequência de um processo evolutivo, surge como o zénite desta fase, a criação o Serviço Nacional de Saúde, um serviço para a população, com carácter universal, geral e gratuito, totalmente financiado pelo Estado (Barros, 1999).

É importante referir, que anteriormente à implementação do sistema de comparticipação de medicamentos, a aquisição dos produtos farmacêuticos era efetuada, na totalidade, a expensas dos utentes. A entrada em vigor deste sistema de comparticipação potenciou a

evolução do sector farmacêutico e da sua indústria, com o aparecimento de novos medicamentos e novas terapêuticas, que permitiram cada vez mais o tratamento e controle de mais patologias, reduzindo para um valor quase residual as vendas tradicionais das farmácias, que consistiam na venda de alguns medicamentos avulso, assim como na manipulação de medicamentos quase personalizados, nas próprias farmácias. Esta revolução no sector farmacêutico permitiu o desenvolvimento das farmácias, com a criação de novos postos de trabalho e a valorização do negócio farmacêutico.

2.1.2 As políticas de saúde de 1980 a 1994

De acordo com Saúde (2010), no ano de 1982 as Administrações Distritais de Saúde criadas em 1975, cujo funcionamento carecia de eficácia, foram substituídas pela criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, e nesse mesmo ano é concedida ao Serviço Nacional de Saúde autonomia financeira e administrativa, tendo em conta que, considerando a gestão dos recursos afetos à saúde, exigiam coordenação e distribuição, aliados a uma agilização de processos.

Nesse mesmo ano, é regulamentada a carreira de clínica geral, passando a ser entendida como a responsável pelos cuidados de saúde primários dos indivíduos, famílias e populações. A normalização das circunstâncias do direito ao acesso ao Serviço Nacional de Saúde e a necessária racionalização dos respetivos encargos foi decretada pela Lei n.º 57/86, repartindo os encargos pelos subsistemas de saúde, e todas as entidades, que por força da lei, sejam responsáveis por assegurar a assistência aos cidadãos. Estabelece que o objetivo do SNS, não visa a obtenção de quaisquer lucros, pelo que os preços a praticar deverão ser o mais próximo possível do custo real dos serviços. O mesmo diploma, no sentido de modelar a utilização dos serviços de saúde, prevê a introdução de taxas moderadoras. Com a segunda Revisão Constitucional em 1989, é feita uma alteração ao fundamento do SNS, passando este a ser universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. É assim colocada a ênfase na justiça social e na racionalização dos recursos (Saúde, 2010).

A criação do SNS provocou um incremento das despesas do Estado, sendo que a década de oitenta passou a ser orientada para contenção de custos, por força das pressões gerais sobre o crescimento da despesa pública. Durante a década de noventa, foi-se assistindo à crescente preocupação com os ganhos de eficiência e com a efetividade na utilização de recursos, muitos deles decorrentes das ideias que viam o sistema de saúde português como um sistema que gastava mal os recursos colocados à disposição. O carácter universal e geral do Serviço Nacional de Saúde nunca foi posto em causa, ao passo que a denominação gratuita sofreu uma evolução, passando a ser denominado de tendencialmente gratuito (Barros, 1999).

Num pequeno resumo, podemos dizer que a criação do SNS foi parte integrante da democratização política e social do País (a evolução dos indicadores não se pode atribuir unicamente ao SNS, mas ao conjunto do processo de desenvolvimento em que este se insere), permitindo que, num período de tempo relativamente curto, fosse assegurada uma notável cobertura da população portuguesa na área da saúde, auxiliando também o desenvolvimento e evolução de estruturas relacionadas com as carreiras de profissionais de saúde (OPSS, 2001).

Algumas das limitações associadas ao contexto económico, social e cultural em que o SNS foi erigido e onde se desenvolveu, deixaram marcas muito mais profundas na sua evolução

do que as eventuais insuficiências daquilo que pode ser essencial na ideia de um SNS. O SNS mudou de forma radical a cobertura do País no que concerne aos serviços de saúde, mas não superou totalmente “as várias vias sobrepostas” que caracterizavam a saúde em Portugal antes de 1974 (OPSS, 2001).

No ano de 1990, é lançada a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90), onde pela primeira vez, a saúde é apresentada não apenas como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta, cuja responsabilidade é tripartida pelos cidadãos, pela sociedade e pelo Estado. Esta Lei de Bases de Saúde insere-se, na generalidade, numa filosofia crítica. Pode-se no entanto dizer que o seu conteúdo é, ainda hoje, pouco conhecido. Uma das suas peças regulamentadoras mais importantes – o Estatuto do SNS – foi aprovada apenas decorridos três anos (OPSS, 2001).

As taxas moderadoras, além de serem medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, passam a constituir uma receita para Serviço Nacional de Saúde. Estão isentos dessas taxas os grupos populacionais sujeitos a algumas doenças de maiores riscos e os grupos economicamente mais desfavorecidos.

Em Março de 1992, propõe-se uma maior responsabilidade financeira individual. Deste modo, é sugerido que os beneficiários do SNS sejam agrupados, de acordo com o seu rendimento: um primeiro grupo de menores rendimentos seria participado pelo Estado a 100%, um grupo intermédio pagaria 40% das despesas e o grupo de maiores rendimentos deveria pagar 70% das suas despesas de saúde. É proposta também a separação entre entidades financiadoras e prestadoras de cuidados, a construção e gestão por empresas privadas das novas unidades de saúde, a concessão de gestão a grupos privados de hospitais e centros de saúde e a opção por seguro privado de saúde com reembolso de capitação financeira atribuída aos cidadãos (Simões, 2004).

No entanto, existe uma característica marcante, presente entre 1987 e 1996 e que assenta no realce retórico que é colocado nos centros de saúde e dos cuidados de saúde primários, em contraciclo com a atuação prática, muito voltada para o hospital e para a expansão da rede hospitalar que continua a ser o centro do sistema. É de alguma forma claro que o lado mais visível da atuação política na saúde tem sido o constante crescimento da rede de centros de saúde e de hospitais (Barros, 1999).

2.1.3 As políticas de saúde de 1995 a 2001

Ao período liberalizante dos anos 80 e princípios dos anos 90, sucede-se na Europa um outro de 1995 a 2001, onde uma das ideias predominantes é a da “reinvenção da governação” – dar maior flexibilidade e capacidade de inovação à administração pública tornando-a mais empresarial, recentrar os serviços públicos no cidadão cliente, passar de uma gestão dos recursos para uma gestão de resultados (OPSS, 2001).

Em 1995, segundo Simões (2004) o Ministério da Saúde publica o documento “Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal”, que preconizava a introdução da concorrência na gestão do financiamento público, com a criação de mais do que um instituto de gestão do financiamento, a separação entre a prestação de cuidados e o seu financiamento, a introdução de mecanismos de concorrência entre as unidades prestadoras e a alteração do estatuto jurídico das entidades públicas de prestação.

Na senda da procura de soluções inovadoras que permitissem identificar ganhos em saúde e aumentar a satisfação dos utilizadores e dos profissionais, nasce, em 1998, o regime

remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral, por via do Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, procurando desta forma consolidar e expandir as reformas da organização da prestação dos cuidados, através do adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis, qualitativos e quantitativos, do desempenho dos profissionais de saúde (Saúde, 2010).

Durante os anos de 1996 a 1999 foi desenvolvida a “Estratégia para a viragem do século” onde estavam incluídas metas de 5 e 10 anos para a obtenção de ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços. A implementação e monitorização desta estratégia caíram por terra quando a nova equipa ministerial assumiu funções em finais de 1999 (OPSS, 2003).

Em 1996, foi decidido que os hospitais deveriam assumir a adoção de novas formas de gestão, mais flexíveis e autónomas, assumindo o papel de “empresas públicas”. De 1996 a 1999, três novos hospitais adotaram novas formas de gestão. Neste período foram iniciados alguns projetos experimentais na reorganização dos cuidados de saúde primários (OPSS, 2003).

A partir de 1997, o método clássico de financiamento retrospectivo dos hospitais foi alterado, de forma a incorporar elementos de financiamento prospetivo, relacionado com atividade (baseados nos Grupos de Diagnóstico Homogéneo). Foram tomadas medidas no sentido de regular o mercado farmacêutico, com particular incidência para a promoção de medicamentos genéricos (OPSS, 2003).

Em 1999, são estruturados os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integra o exercício dos poderes de autoridade de saúde enquanto poder-dever de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde. O Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de Julho, que estabelece a organização dos serviços de saúde pública, dita que a implantação se opera a dois níveis: o regional e o local.

Em suma e, apesar das variadas iniciativas levadas a cabo num ciclo de 6 anos, pode dizer-se que se perdeu uma excelente oportunidade para encetar uma reforma da saúde em Portugal (OPSS, 2002).

2.1.4 As políticas de saúde de 2002 até à atualidade

Em 2002, acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).

O Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, a rede deve também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede assume-se, igualmente, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Traduz a necessidade de uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, possam coexistir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos.

Volvidos dois anos, este diploma será revogado, sendo repriminado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio (Saúde, 2010).

No ano de 2007, emergem as primeiras unidades de saúde familiar, dando seguimento à reforma dos cuidados de saúde primários cujo objetivo primordial é a obtenção de ganhos em saúde, com a aposta na acessibilidade, na continuidade e na universalidade dos cuidados de saúde prestados (Saúde, 2010).

O Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de Abril, veio reestruturar a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. O período 2005 a 2009 fica indelevelmente marcado pela primeira fase de uma racionalização do Serviço Nacional de Saúde, racionalização assente numa reestruturação das redes de urgências e maternidades, associada a uma série de alterações na área do medicamento, mas também pela criação da rede de cuidados continuados e das unidades de saúde familiares (Alves, 2011).

No horizonte está a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros (Saúde, 2010).

2.1.5 Um balanço e perspectivas futuras

Resumidamente, podemos referir que, em Portugal tem-se vindo, cada vez mais, a responsabilizar individualmente o utente no financiamento direto da saúde com a inclusão de taxas moderadoras de utilização dos serviços de saúde (consultas, internamentos, cirurgias de ambulatório), como se pode analisar na Tabela 1. E se para alguns, a inclusão destas medidas, que assumem a forma de copagamentos no ato da utilização dos serviços, é justificável, confiando que isto pode ser feito atualmente, na medida que protege os interesses dos utilizadores dos serviços de saúde; para outros, nas atuais circunstâncias do funcionamento do sistema de saúde português, este tipo de medidas constitui uma barreira à utilização dos serviços de saúde por parte de quem precisa, que penaliza e por vezes culpabiliza pessoas, pelo simples facto de estarem doentes, ainda por mais, no pior momento possível. É legítimo afirmar que o mundo mudou de forma substancial, desde a adoção dos princípios da solidariedade e da previdência, sendo válidas as tentativas de procurar novas formas de financiamento e sustentabilidade dos sistemas de proteção social, mas sem pôr em causa os seus princípios fundamentais (Sousa, 2009).

Para o OPSS (2007), o SNS português, como o de muitos países, tem-se desenvolvido na ótica da organização e financiamento da oferta de serviços de saúde à população do país, definindo alternativas ao desenvolvimento do SNS. Olhar para um sistema de saúde quase exclusivamente pela organização e financiamento da oferta, constitui uma abordagem com uma forte base social de apoio no sistema político e nas profissões da saúde. Na opinião do relatório da OPSS, esta aproximação não permite fazer face adequadamente aos importantes desafios de acesso, qualidade, efetividade e eficiência que os sistemas de saúde têm que enfrentar de uma forma cada vez mais crítica.

No decurso dos últimos anos, no que ao nosso país diz respeito, tem existido uma preocupação governamental, que passa por deslocalizar o ponto de focagem do sistema de saúde dos “recursos” para os “resultados”, da “organização e financiamento da oferta” para “melhoria do desempenho da oferta”, sendo que o principal instrumento desta transição são os processos de contratualização do desempenho (Sousa, 2009).

Tabela 1: Balanço de políticas aplicadas na saúde

Fonte: Simões (2004); Saúde (2010)

1833-1979	1980-1994	1995-2001	2002-2012
<p>Finais do século XIX e inícios do século XX: começam a emergir os sistemas nacionais de saúde na Europa, com base na filosofia Bismarckiana.</p> <p>1948: Reino Unido institui o primeiro Serviço Nacional de Saúde tendo por base o trabalho de Beveridge.</p> <p>1971: “reforma de Gonçalves Ferreira”, onde pela primeira vez surge um verdadeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde</p> <p>1978: garantia da universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação de medicamentos</p> <p>1979: criação do Serviço Nacional de Saúde;</p>	<p>1982: criação das administrações regionais de saúde (ARS);</p> <p>1990: Lei das Bases de Saúde;</p> <p>1992: maior responsabilidade financeira individual (beneficiários do SNS são agrupados de acordo com o seu rendimento);</p>	<p>1995: criação do Conselho de Reflexão sobre Saúde (CRES);</p> <p>Publicação do documento “Financiamento de Sistema de Saúde em Portugal”;</p> <p>1998: criação do regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral;</p> <p>1996: hospitais assumem papel de “empresas públicas”;</p> <p>1999: estruturação dos serviços de saúde pública (regional e local);</p>	<p>2002: define-se novo modelo de gestão hospitalar;</p> <p>2006: Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para dar resposta ao envelhecimento;</p> <p>2007: surgimento das primeiras unidades de saúde familiar;</p> <p>2009: reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública;</p>

Ainda segundo Sousa (2009), temos vindo a assistir ao longo dos últimos anos, a um esforço no sentido de melhorar a saúde e os serviços de saúde disponibilizados. De entre outras medidas, um aumento significativo do financiamento da saúde, uma aposta na expansão dos serviços de saúde (quer em termos de instalações, quer na adoção de novas tecnologias) e a melhoria do acesso a recursos em saúde. De uma forma global, podemos dizer que se tem realizado um esforço na tentativa de melhorar a organização e gestão do sistema de saúde. Mas, apesar das boas intenções, estas reformas foram muitas vezes, implementadas de forma incompleta, quer por limitações de gestão, resistência à mudança ou descontinuidade das políticas de saúde (caracterizadas por alterações substanciais nas agendas políticas), com mudanças sucessivas de governos.

Evidentemente que não podemos ficar alheados das dificuldades com que se debate o sistema de saúde português, que colocam em causa a sua sustentabilidade financeira. No sentido de garantir a manutenção de um modelo social, solidário e universal, torna-se

premente garantir o desenvolvimento de estratégias que conduzam à mitigação do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde, visando a sustentabilidade financeira do sistema de saúde. Impõe-se por isso a necessidade de centrar a atenção na visão para o futuro da saúde em Portugal, nomeadamente no esforço que Portugal tem dedicado à gestão da mudança do sistema de saúde português (Sousa, 2009).

2.2 Saúde mental

Nesta secção iremos aflorar o conceito de saúde, primeiramente de uma forma mais lata e global, para depois esse conceito ser direccionado para a vertente mental. Umbilicalmente ligada à saúde mental estão as boas práticas de acompanhamento da saúde mental. Para se entender o conceito de boas práticas de saúde mental, é fundamental encetar uma abordagem pela classificação das diversas doenças do foro mental, para posteriormente se poder estabelecer uma correlação entre as doenças, o seu tratamento, as recomendações nacionais e a nível europeu, e a sua aplicabilidade efetiva no contexto do serviço nacional de saúde.

No sentido de garantir alguma universalidade e igualdade no tratamento das doenças que afetam a mente, é de vital importância a análise e transposição das linhas orientadoras desenvolvidas por várias entidades a nível mundial, garantindo desta forma equidade nos tratamentos.

Numa Europa que se quer cada vez mais una, é importante a observação do funcionamento dos serviços de saúde noutros países, cruzando essa informação com o funcionamento nacional da saúde, criando mecanismos que permitam à população europeia, usufruir de cuidados de saúde diferentes do seu país de origem.

2.2.1 Definição de saúde versus saúde mental

“Saúde é um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico e mental que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (Bircher, 2005, p. 336).

Segundo o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa de Houaiss & Villar (2003a, p. 3269), saúde é o estado de equilíbrio entre o organismo e o seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para a forma particular de vida (raça, género, espécie) e para a fase particular do seu ciclo vital.

Saúde é, por definição, um conceito demasiado lato, e o seu significado varia de acordo com um enorme número de fatores, não podendo ser entendida como uma definição unidirecional. Numa perspetiva simplista e mais abstrata do termo, por saúde entende-se a ausência de doença, ou a qualidade do que é são, ou ainda, por outras palavras, entende-se saúde como um sinónimo de robustez.

A definição de saúde tem sofrido ao longo dos anos, uma evolução, adaptando de alguma forma à globalização (Yurkovich & Lattergrass, 2008). A partir de 1946, com o *términus* da segunda guerra mundial, e com a abrangência e diversidade cultural dos 191 estados membros, a Organização Mundial de Saúde, passou a definir “saúde como um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente com a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946).

Visto sob este prisma, a saúde é um estado de bem-estar, abrangendo as várias áreas da vida de um indivíduo. Na sequência desta definição, Hilleboe (1972, cit em Yurkovich & Lattergrass, 2008, p. 139), assevera, que a "saúde não é apenas um fim em si, mas sim um meio de atingir o bem-estar dentro das limitações naturais em que o homem se encontra". Saúde, é então um processo de obtenção de um bem-estar pessoal, num determinado momento da vida de um indivíduo, dentro de um contexto e limites estabelecidos.

Esta variedade global de definições dá ênfase à percepção de Spector (2003, cit em Yurkovich & Lattergrass, 2008) de que existem noções múltiplas de saúde, para vários seres, como é o exemplo, da homeostasia, que é a capacidade de determinados seres vivos, que independentemente das variações do meio ambiente conseguem manter em equilíbrio todas as suas funções do organismo e a própria constituição química dos seus tecidos, mantendo o corpo livre de dor e em bom funcionamento.

Muitas vezes, o conceito de saúde é apontado como dimensional ou variável, ou seja, a saúde é definida como um tamanho, e pode ser entendida como uma questão de mais, ou menos saúde (Brülde, 2000). Isto significa que este conceito não pode ser definido, no sentido mais tradicional, ou seja, listando as condições necessárias que são suficientes, para em conjunto um indivíduo ser considerado saudável. Perante isto, a pergunta que se impõe é como é que podemos chegar a uma análise plausível do conceito de saúde. Segundo Brülde (2000), existem várias possibilidades. A saúde pode ser entendida como uma escala de valores, com vários níveis de saúde, como a saúde integral, a saúde aceitável ou, no extremo oposto, a falta de saúde.

No seu livro, Nordenfelt (1995) defende uma análise global e um entendimento geral das definições, referindo que uma formulação diária de uma pessoa saudável, é se esta se sente bem e se pode funcionar no seu contexto social, isto é, para caracterizar um ser humano em termos de saúde ou doença temos de descrever um aspeto do estado de este ser humano, o que muitas vezes é chamado de estado de bem-estar.

Intuitivamente, a saúde está profundamente ligada ao bem-estar e à capacidade, do indivíduo, sendo que a doença, o sofrimento ou a deficiência, são características umbilicalmente ligadas ao conceito de saúde (Brülde, 2000).

Se o conceito de saúde na sua generalidade se advoga como tão pouco linear, passível de várias definições, o conceito de saúde mental reveste-se de um carácter muito mais débil sendo a sua definição muito menos pragmática.

A doença mental foi percecionada e interpretada de formas muito diversas ao longo da história e, durante muito tempo, explicada através de alguns paradigmas pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos (Gonçalves, 2004). As doenças mentais foram muitas vezes atribuídas ao castigo divino, às possessões demoníacas e os remédios e soluções para os males do espírito procuravam-se junto dos que, baseados em conhecimentos e práticas ancestrais, muito enraizadas na cultura das populações, iam aliviando o sofrimento e satisfazendo as suas mais prementes necessidades de saúde, recorrendo para isso à feitiçaria.

De acordo com a OMS (2001b), estudiosos de diferentes culturas dão divergentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental incluem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência inter-geracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional de uma pessoa.

Numa perspetiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa e abrangente. De modo geral, porém, é consensual o facto de que saúde mental será algo mais do que a ausência de transtornos mentais. É importante compreender a saúde mental e, generalizando, o funcionamento mental, porque daqui advém a base sobre a compreensão mais abrangente do desenvolvimento dos transtornos mentais e comportamentais. Ao longo dos últimos anos, as novas informações nos campos da neurociência e da medicina do comportamento trouxeram significativos avanços à forma de como se vê o funcionamento mental. Está cada vez mais claro que o funcionamento mental tem uma essência fisiológica e está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico, social e económico, com evidentes consequências para a saúde (OMS, 2001b).

Brülde (2000) infere que a ideia de saúde mental é, em parte, condicionada com a capacidade de ter relacionamentos afetivos "positivos". De acordo com Jr. & Spicker (1978) saúde mental estabelece um esforço especial sobre a totalidade da intuição humana, emoção, pensamento e ação.

Segundo Goldman & Grob (2006) a saúde mental, reflete um estado de bom desempenho da função mental, resultando de atividades produtivas, mantendo relacionamentos com outras pessoas, com capacidade de adaptação à mudança e a aptidão de lidar com a adversidade. A doença mental é o termo que engloba coletivamente todos os distúrbios mentais diagnosticáveis. Os transtornos mentais são as condições de saúde que são caracterizadas por alterações no humor, pensamentos e comportamentos, ou a combinação dos dois, associados à tristeza ou angústia, sendo que o funcionamento normal do indivíduo acaba por sair prejudicado.

Na perspetiva da Organização Mundial de Saúde, a saúde mental é definida como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, para poder fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2010). Segundo a Communities (2005a) a doença mental inclui perturbações ou desequilíbrios mentais, disfuncionamentos associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis, como por exemplo, a esquizofrenia e a depressão.

A condição mental de cada um é determinada por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente biológicos (por exemplo, genética e sexo), individuais (por exemplo, antecedentes pessoais), familiares e sociais (por exemplo, enquadramento social) e económicos e ambientais (por exemplo, estatuto social e condições de vida (Communities, 2005a).

Citando a OMS (2001b) as formas mais comuns de doença mental na UE são as síndromas ansiosas e a depressão e, segundo as estimativas, prevê-se que em 2020 a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos.

Para Thomas Szasz (cit em Teixeira, 2009), o conceito de doença mental é um conceito inválido. Nesse sentido, e para o autor, a palavra implica sempre uma lesão física e, no caso de não haver lesão física diagnosticável, então não estaremos na presença de um indivíduo doente.

No vértice oposto, outro importante contributo para este debate, foi R. Kendell (cit em Teixeira, 2009), que defendia uma posição oposta à de Szasz. Segundo ele, é muito problemático definir mesmo uma doença física em termos de lesão. O autor baseava a sua argumentação no facto de não existir uma ligação clara entre lesão e a variação extrema

dentro do normal, tendo seguido antes a definição de doença proposta por Scadding (cit em Teixeira, 2009), em torno do conceito de desvantagem biológica. Segundo este conceito, a doença é conceptualizada como “o somatório de fenómenos anormais apresentados por um grupo de organismos vivos em associação com um conjunto de características comuns através das quais esses organismos diferem da norma da espécie, de tal modo que ficam em desvantagem biológica”.

Embora o autor não tenha explanado a sua definição de “desvantagem biológica”, outros autores, como o próprio Kendell (cit em Teixeira, 2009), sugerem que essa noção deverá, pelo menos, englobar uma flexibilidade reduzida e uma menor esperança de vida. Mesmo com as precisões que foram introduzidas, este critério não se mostrou tão promissor como parecia, já que não oferece uma demarcação clara entre a normalidade mental e a perturbação mental. Para Kendell (cit em Teixeira, 2009), é muito claro quando considera que nem a mente, nem os corpos, desenvolvem doenças. Apenas as pessoas ou os organismos o fazem e, quando isso acontece, quer o corpo quer a mente estão sempre envolvidos. A questão, então, desloca-se para a expressão da doença, como Blankenburg (cit em Teixeira, 2009) defendia: as doenças mentais são doenças expressas principalmente no psiquismo. Esta deslocação da perspetiva é a que melhor sustenta a proposta de Kendell para designar estas doenças como “doenças mentais” ou “doenças psiquiátricas”.

2.2.2 Boas práticas de acompanhamento de saúde mental

“Sem saúde mental, não há saúde” (European Economic and Social Committee, 2006, p. 4).

As doenças mentais nem sempre foram encaradas com particular atenção e, durante muito tempo, foram desvalorizadas, quer pela sociedade, quer pelas classes diretamente envolvidas. Doenças como a depressão, o alcoolismo ou a esquizofrenia foram bastante subestimadas no passado. Esta ligeireza na compreensão das doenças mentais ficou-se a dever ao facto de, no passado, as abordagens tradicionais incidirem apenas sobre os índices de mortalidade, não levando em linha de conta os índices de morbilidade, ignorando as limitações, incapacidade e sofrimento causados pela doença (Almeida, 2008).

De acordo com Almeida (2008), nos estudos mais recentes sobre esta epidemiologia, ficou demonstrado que as perturbações do foro mental transformaram-se no foco primordial de incapacidade e absentismo laboral, assim como uma das principais causas de morbilidade das sociedades modernas. De entre as dez principais causas de incapacidade, cinco delas são do foro psiquiátrico. Esta problemática assume controlos preocupantes, uma vez que, segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia, uma em cada cinco crianças denota uma clara evidência de problemas de saúde mental, e este número tem tendência para aumentar.

Por outro lado as perturbações mentais e comportamentais exercem um notável impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Os indivíduos não só apresentam sintomas perturbantes do seu problema, como acabam também por sofrer por se encontrarem incapacitados para participar em atividades de trabalho e lazer, diversas vezes por discriminação. Uma das suas preocupações é o facto de não poderem arcar com as suas responsabilidades, no que diz respeito à família e aos amigos, receando serem peso para os outros (OMS, 2001b).

As doenças mentais têm o condão especial, no que concerne ao diagnóstico claro da doença. Muito para além do número de doentes que apresentam doenças do foro mental, que preenchem os requisitos enquadráveis como diagnosticáveis, muitas outras apresentam sintomas no limiar da diagnose, isto é, embora não preencham os requisitos para um diagnóstico de uma qualquer doença mental, possuem uma série de sintomas que as colocam num patamar de sofrimento onde é necessário intervir (Almeida, 2008).

2.2.2.1 Classificação de doenças mentais

As doenças ou perturbações da saúde mental ou psiquiátricas são as alterações de pensamento, das emoções ou do comportamento, e embora o seu diagnóstico possa ser muitas vezes difuso, são causadas por interações complexas entre várias condições, que podem ser físicas, psicológicas, socioculturais e podem ter uma forte componente hereditária (Merck, 2009c).

Segundo a OMS (2001b) por doenças mentais entendem-se as perturbações mentais e comportamentais que sejam clinicamente significativas, e são caracterizadas por alterações do modo de pensar, por variações do estado emocional e do humor, assim como por comportamentos associados à angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento normal do indivíduo. As perturbações mentais e comportamentais não são apenas algumas das variações dentro da escala daquilo que pode ser considerado como normal, mas antes pelo contrário, são desvios visivelmente anormais ou associados a uma patologia.

Uma alteração de comportamento, como um desvio anormal, ou um curto período de anormalidade, do estado afetivo e comportamental do indivíduo, só por si, pode não significar a presença de perturbação mental ou mesmo perturbação comportamental. Estas alterações, para poderem ser classificadas como perturbações, necessitam que as anormalidades sejam continuadas ou recorrentes, e como consequência, resultem numa deterioração ou perturbação do funcionamento normal de um indivíduo, numa ou mais esferas da sua vida (OMS, 2001b).

De acordo com Bolton (2008) uma orientação para definir doença mental ou transtorno mental refere-se à quebra de conexões significativas na vida mental, isto é, a questão pode passar uma ausência de emoções num determinado contexto, ou no prisma inverso, com emoções excessivas em relação ao mesmo contexto, ou crenças que não tenham base na experiência ou educação, ou de comportamentos que não estão sob o controlo da vontade da pessoa, ou sejam incompatíveis com os objetivos expressos da pessoa e crenças, e assim por diante. Por sua vez estes transtornos resultam de uma lesão estrutural ou funcional no processo neural subjacente, ou seja algo está a funcionar abaixo do que é estatisticamente normal para os seres humanos. No transtorno mental a mente não está a funcionar como foi projetada para fazer naturalmente no seu processo evolutivo.

No campo da medicina, fruto da evolução constante, a classificação das doenças não é estática e encontra-se em permanente evolução, assim como o conhecimento das mesmas. De maneira análoga, em psiquiatria, o conhecimento das funções cerebrais e da forma como o cérebro pode ser influenciado pelo ambiente externo ou outros fatores, assume contornos cada vez mais complexos. Apesar dos inúmeros avanços na medicina psiquiátrica, o conhecimento dos mecanismos intrinsecamente envolvidos no funcionamento cerebral, ainda se encontram longe do seu apogeu. No entanto, são muitos os estudos de investigações que demonstraram de forma inequívoca, que as doenças mentais podem ser distinguidas entre si, com um elevado grau de fiabilidade, e os

protocolos de diagnose utilizados no diagnóstico dessas doenças estão cada vez mais precisos (Merck, 2009c).

Dos vários sistemas utilizados na classificação das doenças mentais, dois deles são dignos de destaque, devido à sua fiabilidade e à sua vasta utilização: International Classification of Disorder-10 (ICD-10) (Classificação Internacional das Perturbações) e o Diagnostic and Statistics Manual-IV (DSM-IV-TR) (Manual de Estatísticas e de Diagnóstico). Estes dois sistemas de diagnóstico tiveram a sua génese na pesquisa e na experiência em ambientes especializados da psiquiatria. Contudo, cada vez há mais provas de que existem diferenças significativamente importantes entre os doentes vistos nos cuidados de saúde primários e os doentes observados na especialidade (WHO & Wonca, 2008b).

Segundo Merck (2009a) em 1952 foi publicado pela primeira vez o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-I), da Associação Americana de Psiquiatria. A 4.^a edição, DSM-IV, foi publicada em 1994, e proporciona um sistema de classificação que tenta separar as doenças mentais em categorias diagnósticas diferentes, baseadas tanto nas descrições dos sintomas (o que dizem e como atuam os pacientes em relação aos seus pensamentos e sensações), como no curso da doença.

O uso do DSM-IV foi adotado nos cuidados de saúde primários em 1995, e da sua utilização ressaltam uma série de algoritmos clínicos baseados nos sintomas, destinados a guiar os profissionais dos cuidados de saúde primários através do processo de diagnóstico (Association, 2000).

Uma quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) está prevista para ser publicada em Maio de 2013 (Association, 2012).

Por outro lado a Classificação Internacional das Doenças, 9.^a Revisão, Modificação Clínica (ICD-9-CM), publicado pela Organização Mundial de Saúde, utiliza categorias diagnósticas semelhantes às do DSM-IV. Desta similitude, pode-se inferir que o diagnóstico das doenças mentais específicas se encontra adequadamente normalizado (Merck, 2009a).

Segundo a OMS (2012), a Classificação Internacional de Doenças (ICD) é considerada uma ferramenta padrão de diagnóstico para a epidemiologia, gestão de saúde e para os fins clínicos, estando incluídas as análises da situação geral de saúde de grupos populacionais, sendo por isso utilizado para monitorizar a incidência e prevalência de doenças e assim com outros problemas de saúde.

O ICD-10 foi aprovado pela Assembleia da Saúde, em Maio de 1990, e entrou em uso nos Estados-Membros da OMS a partir de 1994. A revisão 11 da classificação já começou e vai continuar até 2015 (OMS, 2012).

2.2.2.2 Práticas em Portugal

Quando se fala em saúde mental, é necessário especificar qual a instituição e quais as propostas efetuadas para apoiar e melhorar a saúde mental da população. Neste sentido há que versar sobre o Conselho Nacional de Saúde Mental, responsável pelas decisões tomadas nesta área, que foi criado para apresentar propostas e soluções para problemas associados a este tema.

Há que explorar o Plano Nacional de Saúde Mental, que expõe que alterações serão feitas até ao ano de 2017 e em que áreas da saúde mental irão intervir, para que conheçamos melhor a problemática em causa. Por fim, há também a necessidade de conhecer quais as recomendações feitas por algumas instituições sobre esta temática, para que avaliemos o que será necessário alterar ou mudar, para que haja um melhor acompanhamento de doentes mentais.

2.2.2.2.1 Conselho Nacional de Saúde Mental

No que concerne à saúde mental, Portugal foi percursor na implementação de legislação específica e na sequência da aprovação da Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, onde foi aprovada a lei de saúde mental, foram lançadas as bases para a regulamentação da saúde mental. O Decreto-Lei n.º 46 102, de 28 de Dezembro de 1964, emanava a criação de centros de saúde mental, em distintos distritos, assim com a criação de centros de saúde mental infantil e juvenil, regionalmente localizados em Lisboa, Porto e Coimbra (República, 1999).

Destas tentativas, a partir dos anos setenta, tornaram-se evidentes as incompatibilidades entre o modelo de organização, assente essencialmente na conceção vertical consagrada nos diplomas da nova orgânica do Ministério da Saúde, e a sua aplicabilidade no terreno, face à tendência de integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral da prestação de cuidados (República, 1999).

Para debelar algumas destas incompatibilidades, em 1984 foi criada uma subdivisão na Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, direcionada para os problemas do foro mental: a Direção de Serviços de Saúde Mental. Esta nova divisão de saúde assumia as funções que tinham sido conferidas ao Instituto de Saúde Mental em 1963, para substituição do Instituto de Assistência Psiquiátrica, prevista desde 1958, mas que nunca se chegou a efetivar (República, 1999).

Tendo em conta as diretivas emanadas da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde quanto à necessidade premente de dar prioridade à reabilitação psicossocial e à prestação de cuidados em centros de dia e estruturas residenciais adequadas ao grau de autonomia dos doentes, a partir do meio da década de 90, evidenciou-se a urgência da reestruturação da política de saúde mental e a consentânea revisão do modelo organizacional dos serviços, que o Decreto-Lei n.º 127/92 não conseguiu levar a cabo (República, 1999).

Assim, a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, também conhecida como a Lei da Saúde Mental, são reformulados os princípios da política de saúde mental, sobressaindo a abrangente participação do Conselho Nacional de Saúde Mental, como membro consultivo do Governo, estabelecendo um novo regime de organização e funcionamento dos serviços, adequando às reais necessidades dos cidadãos, efetivando a articulação funcional com as áreas da educação, do emprego e da ação social, solicitando a participação, dos órgãos consultivos, dos profissionais e associações de familiares e utentes dos serviços, assim como das entidades privadas, nomeadamente das ordens religiosas, e da integração da prestação dos cuidados nos hospitais gerais, necessariamente em estreita articulação com os centros de saúde e demais instituições do Serviço Nacional de Saúde, promovendo assim uma profunda interligação entre todas as partes envolvidas (República, 1999).

Em consequência destas ilações, em Fevereiro de 1999, pelo Decreto-Lei n.º 30, artigo 3, foi criado o Conselho Nacional de Saúde Mental sendo o órgão consultivo em matéria de saúde mental, ao qual compete emitir parecer e apresentar propostas e recomendações, a pedido do Ministro da Saúde ou por sua iniciativa (República, 1999).

2.2.2.2.2 Plano Nacional de Saúde Mental

Resultando desta premência em atuar no âmbito da saúde mental, em Abril de 2006, foi criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, pelo despacho nº 11 411/2006, cujo trabalho culminou na elaboração da resolução ministerial n.º 49/2008, onde é aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, como sendo um instrumento estratégico, a ser implementado de forma multisectorial, com envolvimento de várias entidades governamentais, visando responder às necessidades identificadas na área da saúde mental (Saúde, 2008). Este Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, como instrumento de gestão, pretende:

- i. Assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, sobretudo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- ii. Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- iii. Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- iv. Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- v. Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Sendo as ações do Plano aplicadas numa estrita colaboração e articulação com a Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, tendo em conta as políticas sectoriais que se revelem pertinentes, e com uma profunda ligação a áreas sensíveis com a defesa nacional, a justiça, o trabalho e solidariedade social, ciência, tecnologia e ensino superior e educação (Saúde, 2008).

Paralelamente foi também criada a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, que visa unificar a cooperação institucional entre entidades dos vários ministérios, com ligações na área da saúde mental (Saúde, 2007).

A nível mundial, as doenças do foro mental provocam uma média de 31% de incapacidade, quando comparados com os anos vividos, valores esses que chegam a 40% na Europa (OMS, 2001b). A análise destes dados demonstra que, em todo o mundo, com particular incidência para as sociedades mais evoluídas, as doenças mentais estão numa escalada crescente, substituindo as doenças infectocontagiosas, obrigando os organismos de saúde pública a dar prioridade a este tipo de doenças. Face a estes desenvolvimentos, está previsto um aumento significativo da prevalência das doenças psiquiátricas, com destaque para os casos de demência, associados ao aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população.

A inclusão da saúde mental como parte integrante das agendas de saúde pública dos estados, de forma a asseverar acesso às populações, garantindo serviços de saúde mental com modernidade e qualidade, tornou-se, nos dias que correm, um objetivo improrrogável nas sociedades modernas (CNRSSM, 2007).

Tal como na maior parte dos países, a situação portuguesa não foge à regra. Nos últimos 30 anos, registaram-se alguns avanços importantes na promoção da reestruturação dos serviços de saúde mental, o que permitiu substituir progressivamente os cuidados alicerçados nos hospitais psiquiátricos por cuidados mais modernos e diversificados, com melhor integração no sistema geral de saúde e muito mais próximos das populações (Caldas de Almeida et al, 1996, 1997, cit em CNRSSM, 2007).

Perante este cenário, no Plano Nacional de Saúde Mental são apresentadas algumas conclusões acerca determinadas áreas, onde se deve agir, que serão exploradas nos parágrafos seguintes.

Não obstante o considerável desenvolvimento nos serviços de saúde mental da infância e adolescência, estes manifestaram-se aquém do desejável, continuando a ser escassos para responder às necessidades das populações. Essas insuficiências são devidas principalmente à deficiente cobertura de todo o território nacional português pelos serviços existentes, dado que ainda existem muitos distritos com unidades hospitalares que não possuem serviços de especialidade de saúde mental infantil e juvenil, e ao número reduzido de profissionais técnicos das diversas especialidades do foro mental.

Por outro lado, no que diz respeito à formação, esta tem-se revelado insuficiente e, em alguns casos, inexistente. Embora reconhecidamente seja uma área de enorme importância, devido à escassez de recursos, quer humanos quer materiais, a investigação não tem sido apoiada de forma consistente. Os poucos recursos disponíveis para a saúde mental em Portugal também têm sido um dos fatores impeditivos do desenvolvimento e melhoramento dos serviços no sector da saúde mental. Inversamente ao que acontece noutros países, em Portugal, as associações de utentes e familiares, nunca foram chamados a opinar ou intervir.

Outro constrangimento tem sido denotado no que concerne ao modelo de gestão e financiamento dos serviços, ponto fulcral no crescimento evolutivo dos serviços de saúde mental. Ao centralizar os serviços locais nos hospitais gerais, não seguindo a determinação de os transformar em centros de responsabilidade, foram impedidas as tentativas de desenvolvimento consistente das redes de cuidados na comunidade. Por seu lado, os hospitais psiquiátricos, perante a ausência de planos nacionais ou regionais e de um modelo de contratualização, têm funcionado sem a obrigatoriedade de atingir objetivos, que lhes estavam adjudicados pela lei de saúde mental.

Resumidamente, o modelo de gestão e financiamento existente é um modelo que se tem demonstrado contrário à cronologia, que favorece a disfuncionalidade do sistema e barra à partida as tentativas de desenvolvimento dos serviços de acordo com os objetivos que, por força da lei, se deveriam tentar alcançar.

Perante toda esta problemática, impunha-se a necessidade de se apostar na elaboração de um plano de ação, para atuar desde 2007 até 2016, que aponte caminhos para a reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal.

Todo este plano é alicerçado numa visão fundamental: “assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados

de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas” (CNRSSM, 2007, p. 13).

Após este plano ter sido implantado e de maneira a garantir a aplicabilidade do mesmo, houve necessidade de se fazer uma prévia avaliação, para que fossem identificados e corrigidos os possíveis erros e os eventuais desvios às diretrizes do programa original. No final de três anos de avaliação, foi efetuada uma análise à sua aplicabilidade, realizada pelos coordenadores e responsáveis de cada área em conjunto com a Comissão Parlamentar da Saúde e com a Direção Geral de Saúde e Alto Comissariado da Saúde, no que concerne ao território nacional, e com a Organização Mundial de Saúde, no âmbito internacional (Saúde, 2012).

Dessa análise da Saúde (2012), resultaram a identificação de alguns pontos frágeis, tais como: a cobertura geográfica que continuava a ser deficiente, uma vez que ainda existiam áreas sem cobertura de serviços; as coberturas existentes apresentam pouca disponibilidade de recursos humanos e com diferenciação profissional reduzida; os doentes com maior gravidade ou crónicos correm o risco de serem ignorados ou de receberem cuidados abaixo do necessário; o financiamento sendo instável, põe em causa a sustentabilidade; entre outros.

2.2.2.2.3 Recomendações para a área da saúde mental

Ao longo da lenta evolução do Serviço Nacional de Saúde, no que concerne à saúde mental em particular, foram produzidos alguns relatórios, que emanavam importantes recomendações, dos quais destacaremos os de 2002, 2005 e 2009. No ano de 2002, e ao abrigo do disposto no Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro, nomeadamente do artigo 12º do seu Regulamento Interno superiormente aprovado, o Conselho Nacional de Saúde Mental organizou Comissões Especializadas para analisar alguns temas da Saúde Mental do País e para sobre eles emitir propostas e recomendações. Das áreas analisadas neste relatório, algumas foram objeto de destaque: a promoção da saúde mental; a análise da assistência psiquiátrica feita pelos Institutos Religiosos; e por último a Reabilitação Psicossocial. Deste relatório resultaram as seguintes recomendações (CNSM, 2002):

- i. A realocação de recursos nos serviços públicos, canalizando as verbas que são progressivamente desafetadas dos Hospitais Psiquiátricos, à medida que se reduzem os seus efetivos em doentes de evolução prolongada, para a criação de serviços de reabilitação na comunidade.
- ii. Desenvolvimento de serviços de apoio domiciliário estruturado, adequado às necessidades de reabilitação, isto é, de serviços de intervenção no domicílio com o objetivo de promover a aquisição de competências de vida diária e não com a finalidade de substituir o doente no desempenho dessas atividades.
- iii. Promover maior informação e participação dos utentes e famílias nos processos de decisão e na avaliação dos serviços de reabilitação.
- iv. Desenvolvimento de ações de formação para técnicos de reabilitação.

Já no relatório do Conselho Nacional de Saúde Mental de 2005, previa-se a adoção de uma Política Integrada de promoção da saúde mental da infância e da adolescência, explanada num Plano de intervenção que agregue os diferentes domínios de atuação e os seus agentes e estruturas responsáveis junto da população infantil e juvenil abrangida pela Lei de

Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e pela Lei Tutelar Educativa. Para isso, de uma forma geral, recomenda que (CNSM, 2005):

- i. Seja garantida a existência de condições promotoras de saúde mental e de bem-estar nas crianças e jovens, em especial naquelas que são objeto de medidas de proteção e medidas tutelares educativas;
- ii. Seja desenvolvida uma rede de serviços de saúde mental e psiquiatria infantil e da adolescência, devidamente apetrechados, em ordem a facilitar o acesso aos cuidados de saúde e a garantir o apoio às famílias e estruturas de intervenção;
- iii. Seja constituída uma comissão permanente de acompanhamento, composta por representantes dos ministérios envolvidos, destinada a monitorizar e avaliar o cumprimento das recomendações propostas;
- iv. O objetivo último da avaliação da qualidade em Saúde Mental deverá ser assegurar: a acessibilidade, a qualidade de vida, a inserção social, laboral e familiar e o respeito pelos direitos dos indivíduos com doença mental e suas famílias;
- v. Incluir apoio domiciliário e soluções de vida independentes, em termos habitacionais, criando unidades móveis que proporcionem suporte domiciliário e comunitário;
- vi. Criar respostas não-hospitalares (comunitárias) de prevenção e intervenção na crise e no apoio pós-crise, com uma equipa móvel e multidisciplinar;
- vii. Apoiar a formação em reabilitação psicossocial de todos os profissionais de saúde mental.

Em 2009, na consequência da análise do último relatório disponível, estimou-se que a prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência, investigada em vários estudos e embora os valores variem consideravelmente, afeta 10 a 20% das crianças e que essas crianças são afetadas por um ou mais problemas de saúde mental (OMS, 2001b).

As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência, além da dificuldade de diagnóstico e tratamento, trazem grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos quer financeiros, e muitas dessas perturbações, podem ser precursoras de perturbações na idade adulta (OMS, 2001b). A grande maioria das situações problemáticas recorre inicialmente aos Cuidados de Saúde Primários, destacando-se a importância desta primeira linha de atuação na triagem, avaliação, intervenção e orientação destes casos (Marques & Cepêda, 2009).

De acordo com Marques & Cepêda (2009) o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias e terapêuticas preventivas, deve pois transformar-se numa prioridade. Neste âmbito, a articulação entre as equipas de saúde mental da infância e adolescência e os Cuidados de Saúde Primários torna-se imprescindível para um trabalho integrado mais coeso e eficiente. Se por um lado as equipas especializadas têm a competência na área da saúde mental infanto-juvenil, os Centros de Saúde possuem os recursos necessários para uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajetória de vida como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais.

A avaliação diagnóstica pelo Médico de Família deverá ter como objetivos primordiais (Graham, Verhulst, & Turk, 1999): definir o tipo e a gravidade do problema; avaliar a importância relativa dos diversos fatores intervenientes no desencadeamento e manutenção dos sintomas, assim como de eventuais fatores protetores; planejar a intervenção terapêutica e eventual referência. Assim, é recomendável que se faça uma grelha de avaliação diagnóstica, para identificar o problema, as dificuldades associadas, o nível de desenvolvimento, entre outros.

2.2.2.3 Práticas a nível Europeu

Muito para além das limitações e transtornos pessoais que causam a nível individual, as doenças mentais, por exemplo aquelas que são mais frequentes como a ansiedade e a depressão, implicam um envolvimento financeiro considerável, com particular destaque a nível do sistema de saúde, educativo e judicial. Estes tipos de doenças têm sido responsáveis por um elevado absentismo laboral, bem como uma das principais causas de reformas antecipadas ou mesmo reformas por invalidez (Europeia, 2012c).

Face a este panorama, torna-se premente a adoção de medidas por parte dos organismos estatais, da competência dos governos, muito embora se denote cada vez mais a envolvimento de organismos não-governamentais nesta problemática (Europeia, 2012c).

Segundo a Europeia (2012c), a União Europeia tem contribuído com medidas que visam proteção e promoção da saúde mental, aumentando a sensibilização sobre vários aspetos, fomentando a criação de um quadro europeu de cooperação, com o essencial intercâmbio de boas práticas entre os governos de vários países, com o envolvimento dos profissionais do sector, de modo a imbuir a ligação entre as políticas, as práticas e a investigação.

2.2.2.3.1 Importância da saúde mental para a Europa

Mens sana in corpore sano, ou dito noutra linguagem, mente sã, em corpo sã.

Indubitavelmente, sem saúde mental não há saúde, de qualquer espécie. A mente comanda o corpo. A saúde mental é a responsável pela realização pessoal, intelectual e emocional dos indivíduos, assim como também assume um papel preponderante na integração escolar, no trabalho e também na sociedade. A saúde mental é uma das pedras basais da prosperidade, solidariedade e justiça social das sociedades modernas. Em contraponto, a doença mental impõe múltiplos custos, inúmeras incapacidades, ou perdas, e sobrecarrega os cidadãos e os sistemas sociais (Committee, 2006).

Por saúde mental positiva entende-se "o estado de bem-estar, no qual o indivíduo realiza as suas próprias tarefas, consegue lidar com o *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera, sendo capaz de contribuir para a sua comunidade" (OMS, 2004c, p. 12). Uma saúde mental positiva é um bem público global, que é parte integrante da saúde e bem-estar dos cidadãos da Europa e um direito humano fundamental; é um pré-requisito para uma Europa viável, socialmente responsável e produtiva como previsto pela estratégia de Lisboa; que reforça a coesão social e o capital social e melhora a segurança no ambiente de vida (Jané-Llopis & Anderson, 2005).

A falta de saúde mental positiva torna-se numa ameaça para a saúde pública, para a qualidade de vida e para a economia da Europa. No ano de 2002, as condições neuropsiquiátricas eram responsáveis por um quarto de todos os problemas de saúde e

mortes prematuras em toda a Europa; a depressão é a segunda principal causa de incapacidade após a doença isquémica cardíaca (Jané-Llopis & Anderson, 2005).

Segundo Jané-Llopis & Anderson (2005) os custos sociais e económicos da saúde mental para as sociedades são muito abrangentes, de longa duração e bastante dispendiosos.

As doenças mentais custam à UE cerca de 3% a 4% do PIB, sobretudo através da perda de produtividade (OMS, 2003b). De acordo com Committee (2006) as doenças mentais são uma das principais causas de reforma antecipada e de pensões por invalidez. Estas perturbações comportamentais na infância têm custos para os sistemas sociais, educativos, penais e judiciais.

A estes somam-se outros custos intangíveis em função do modo como a sociedade trata as pessoas doentes ou diminuídas mentalmente. Apesar de se dispor de uma panóplia alargada de meios terapêuticos e da evolução positiva registada no domínio dos cuidados psiquiátricos, as pessoas doentes ou com défices mentais continuam a ser alvo de exclusão social, estigmatização, discriminação ou a ver desrespeitados os seus direitos fundamentais e a sua dignidade enquanto pessoa (Committee, 2006).

Segundo Jané-Llopis & Anderson (2005) uma periclitante saúde mental ou transtornos mentais e comportamentais estão presentes em todas as idades, em ambos os sexos e em diferentes culturas e grupos populacionais. No entanto, as pessoas com menor nível socioeconómico são muito mais propensas a ter transtornos mentais do que as pessoas com maior independência socioeconómica.

Os transtornos mentais causam um enorme fardo para os indivíduos e respetivas famílias, reduzindo a produtividade, pondo em risco o emprego e rendimento, além de potenciar o desenvolvimento de atividades criminosas, acidentes de viação, abuso e negligência de crianças, divórcio, despejos de habitação, violência doméstica e suicídio. Embora as taxas de suicídio tenham vindo a diminuir na Europa desde a década de 1980, estas continuam das mais altas no mundo e são cerca de 80% maior nos novos Estados-Membros do que nos antigos (Jané-Llopis & Anderson, 2005).

A evidência demonstra que a promoção da saúde mental e a prevenção das doenças mentais podem levar à saúde, ao ganho social e económico, ao aumento da inclusão social e da produtividade económica, à redução das causas dos transtornos mentais e comportamentais e à diminuição dos custos de saúde, conduzindo ao bem-estar geral (OMS, 2004b).

De acordo com Jané-Llopis & Anderson (2005) a saúde mental é de todos, não é apenas um problema para o setor de saúde, mas também para outros setores da política pública. Ação para a saúde mental é uma questão de responsabilidade compartilhada, e os ganhos de saúde e económicos podem ser alcançados pelo apoio e ação de diversos setores e atores da sociedade.

2.2.2.3.2 Organizações Europeias de apoio à saúde mental

A Organização Mundial de Saúde-Europa presta apoio aos 53 Estados-Membros da Região Europeia da OMS, e fomenta o desenvolvimento sustentável das políticas nacionais de saúde, sistemas de saúde e programas de saúde públicos, atuando de forma a identificar, prevenir e superar as ameaças potenciais para a saúde, tentando antecipar os desafios futuros, de forma a agir em prol da saúde pública (Europe, 2012).

A sua atuação assenta na auscultação de parceiros-chave nas instituições nacionais e internacionais, na análise de dados e resultados das pesquisas, promovendo intervenções alicerçadas nas evidências de saúde pública.

Para além da OMS, não existe nenhum organismo exclusivamente europeu que coordene as políticas de saúde mental, no que concerne ao continente europeu. Por esse facto, a promoção da saúde mental na Europa, está entregue a uma série de Organizações Não Governamentais (ONG), que de uma maneira ou de outra apoiam os doentes que padecem deste tipo de enfermidades.

Entre as diversas organizações europeias que lidam com a saúde mental, podemos destacar algumas, como a MHE (Saúde Mental Europa), que é uma organização internacional sem fins lucrativos fundada em 1985 e reconhecida pela legislação belga (MHE, 2012) e cujos objetivos são os de promover a saúde mental positiva, a prevenção do sofrimento mental e a proteção dos direitos humanos dos doentes, das suas famílias e dos prestadores de cuidados mentais (Europeia, 2012c). A MHE é uma ONG europeia, com uma organização representativa de associações ativas no campo da saúde mental, a nível local, nacional, regional e europeu (MHE, 2012).

A Gamian-Europa (Aliança Mundial de Redes de Promoção da Saúde Mental) tem como objetivos principais a informação e a assessoria jurídica dos doentes mentais, assim como promover a educação contra o estigma e a discriminação dos doentes, promovendo os seus direitos, tendo por base a cooperação e parcerias entre as suas congéneres e toda a massa humana envolvida na problemática da saúde mental (GAMIAN-Europe, 2007).

O ENMHP (Rede Europeia para a promoção da saúde no local de trabalho) é uma rede para pessoas interessadas em questões de promoção da saúde mental, com mais de 1600 membros espalhados pela Europa e pelo mundo, sendo formada por membros oriundos das mais diversas áreas políticas, unidos pelo interesse comum na implementação de programas de promoção da saúde mental. Esta organização pretende ser a maior rede de promoção da saúde mental na Europa, proporcionando informações, ferramentas e métodos, com o objetivo de criar uma plataforma de comunicação para todos os que estão interessados nesta área emergente (ENMHP, 2012).

O ESMHD (Sociedade Europeia de Saúde Mental e Surdez) é uma Organização Não-Governamental internacional para a promoção da saúde mental positiva das pessoas surdas na Europa. A ESMHD concentra-se com particular incidência nas pessoas que nasceram surdas ou cuja surdez ocorreu no início da infância e cuja primeira ou preferencial linguagem é a linguagem gestual, revelando por este facto, algum défice emocional ou mental (ESMHD, 2006).

A EUFAMI (Federação Europeia das Associações de Famílias de Pessoas com Doença Mental) foi instituída em 1990 num congresso em De Haan, na Bélgica, onde pessoas que cuidam de portadores de doenças mentais, de toda a Europa, partilharam as suas experiências de impotência e frustração ao conviverem com graves doenças mentais. Nesse congresso, decidiram trabalhar em conjunto para se ajudarem uns aos outros e consequentemente as pessoas das quais cuidam (EUFAMI, 2011). A EUFAMI possui um conjunto de programas de apoio a pessoas afetadas por doença mentais graves, e presta apoio a organizações semelhantes por toda a Europa (EUFAMI, 2011).

A ECCL (European Coalition for Community Living) é uma iniciativa a nível Europeu que tem por missão a inclusão social de pessoas com deficiência através de serviços completos

de qualidade baseados na comunidade, promovendo a oferta de qualidade abrangente e serviços comunitários como uma alternativa à institucionalização (Europeia, 2012c).

A Eurocare foi formada em 1990, por nove organizações preocupadas com o impacto da União Europeia na política do álcool nos Estados-Membros. Os seus principais objetivos passam por sensibilizar os decisores europeus, nacionais e regionais sobre os danos causados pelo álcool (social, saúde e carga económica), assegurando a tomada de medidas por parte dos países da UE, tendo em consideração o consumo do álcool (Eurocare, 2012).

2.2.2.3.3 Recomendações para a área da saúde mental

A estratégia de objetivos por parte da União Europeia passa forçosamente pela observância e estudo das doenças mentais (Committee, 2006). De acordo com Communities (2005b) para a Europa voltar ao trilho de prosperidade a médio longo prazo, é necessário um reforço claro, empenhado e objetivo em sectores fundamentais como a solidariedade e a justiça social, de forma a aumentar, de um modo palpável, a saúde mental, com implicações diretas na qualidade de vida dos cidadãos da Europa.

Esta consciência coletiva em torno da problemática da saúde mental colocou sob pressão os decisores políticos, os profissionais da saúde, assim com outras partes interessadas, forçando a procura de soluções (Committee, 2006).

É consensual a prioridade, que passa por poder proporcionar a todos os pacientes portadores de doença mental, os cuidados e tratamentos, que assegurem a qualidade e a eficácia (Committee, 2006), uma vez que apenas 26% dos adultos europeus com um distúrbio mental têm contacto com os serviços de saúde formais (Alonso et al., 2004).

Alguns relatórios da União Europeia, relacionados com a saúde mental, foram sendo publicados, sendo os mais recentes o Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001, o Livro Verde em 2005 e por último o Pacto Europeu em 2009.

Sob muitos aspetos, o Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001 propicia uma nova maneira de compreender os transtornos mentais, tentando oferecer uma nova esperança aos doentes mentais e às suas famílias, abrangendo todos os países e todas as sociedades. O relatório analisa as doenças mentais, no âmbito da prevenção, da disponibilidade de tratamento e dos obstáculos a esses tratamentos, examinando detalhadamente a provisão e o planeamento de serviços e termina com um conjunto de recomendações de longo alcance que cada país pode e deve adaptar de acordo com suas necessidades e dos seus recursos (OMS, 2001b).

Neste relatório foram emanadas algumas recomendações para ação:

- i. Proporcionar tratamento na atenção primária: o tratamento das doenças mentais no contexto da atenção primária é cada vez mais um passo fundamental, uma vez que possibilita um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, possibilitando um diagnóstico cada vez mais precoce, proporcionando uma melhor atenção, reduzindo o desperdício resultante de exames desnecessários ou de tratamentos inadequados.
- ii. Disponibilizar medicamentos psicotrópicos: os tratamentos farmacológicos essenciais para o tratamento das patologias mentais devem estar disponíveis e a preços acessíveis, de uma maneira uniforme por todos os países.

- iii. Proporcionar a atenção da comunidade: neste tipo de doenças, a intervenção da comunidade tem um efeito melhorado sobre o resultado e a qualidade da vida das pessoas com transtornos mentais crónicos do que o tratamento institucional. Sempre que possível, a transferência de pacientes dos hospitais psiquiátricos para o seio da comunidade acresce em resultados efetivos, quer em relação ao respeito pelo doente, quer em relação aos custos de tratamento.
- iv. Educar o público: devem ser lançadas, em todos os países, campanhas de educação e sensibilização do público em geral sobre a saúde mental. Os principais objetivos são reduzir os obstáculos ao tratamento e à atenção, proporcionando um aumento da consciência da população sobre os transtornos mentais, envolvendo essa mesma população no processo de tratamento e recuperação dos doentes.
- v. Envolver as comunidades, famílias e utentes: as comunidades, as famílias e os utentes devem ser incluídos na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços de saúde mental. Com isto, deve-se obter um melhoramento dos serviços, adaptados às necessidades da população, potenciando a utilização desses serviços.
- vi. Estabelecer políticas, programas e legislação nacionais: a política, os programas e a legislação sobre saúde mental constituem etapas necessárias de uma ação significativa e sustentada. A maioria dos países terá de que reforçar as verbas para os programas de saúde mental. Os países que recentemente reformularam as suas políticas e leis no campo da saúde mental, registraram progressos significativos na implementação dos seus programas de saúde, com ganhos para a população em geral.
- vii. Formar vínculos com outros sectores: além dos sectores da saúde, existem outras áreas que se devem vincular entre si, de forma a terem uma participação mais ativa na saúde mental. Sectores como a educação, o trabalho, a segurança social ou o direito, assim como algumas organizações não-governamentais, podem trazer ganhos significativos para a saúde mental.
- viii. Monitorizar a saúde mental na comunidade: a saúde mental das comunidades deve ser monitorizada mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e notificação sobre saúde. Os indicadores devem incluir tanto o número de indivíduos com transtornos mentais e a qualidade da atenção que recebem. Essa monitorização ajuda a determinar tendências e detetar mudanças na saúde mental em resultado de eventos externos, tais como catástrofes, desemprego, entre outras.

A partir de 2005, foram dados alguns passos significativos, no que concerne à saúde mental, quer a nível da UE quer a nível da política nacional.

O Livro Verde sobre a saúde mental, lançado em 24 de outubro de 2005, foi o culminar da Conferência de Helsínquia, da Comissão Europeia “Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union” (Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia) (Europeia, 2012c).

Neste documento é proposta a elaboração de uma estratégia comunitária no domínio da saúde mental. Uma das vantagens desta iniciativa assenta no facto de se criar uma base que fomenta o intercâmbio e a cooperação entre os Estados-Membros, contribuindo para o

reforço e a coerência das ações, quer no sector da saúde como fora dele, tanto nos Estados-Membros como a nível comunitário, permitindo a participação de um largo número de participantes na procura de soluções (Committee, 2006).

Um campo pertinente referido no Livro Verde é a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental. Estas áreas abrangem várias determinantes, que podem ser individuais, familiares, comunitárias e sociais e, nesse sentido devem ser reforçados os fatores protetores (por exemplo, resiliência) e da mesma forma acautelados os fatores de risco (Committee, 2006).

No que concerne à promoção da saúde mental na população, é recomendado que se atue na saúde mental na infância e na adolescência. Dado que primeiros anos de vida de qualquer indivíduo podem marcar de forma indelével a sua saúde mental, torna-se imperioso promover a saúde mental junto das crianças e dos adolescentes, fomentando as competências parentais contribuindo para um melhor desenvolvimento da criança e adolescente.

Por outro lado também recomenda ações na promoção da saúde mental junto da população ativa. A capacidade de trabalho e a produtividade, estão intimamente ligadas à boa saúde mental, assim como más condições de trabalho, incluindo a intimidação por colegas ou superiores hierárquicos podem conduzir a desequilíbrios psíquicos, a baixas por doença e o consequente aumento dos custos. A percentagem de trabalhadores, à data da elaboração do Livro Verde, por conta de outrem na Europa que afirma sofrer de *stress* no trabalho chega a atingir 28% (Committee, 2006). Iniciativas que se destinem a melhorar as capacidades individuais e a diminuir os fatores de risco e *stress* no trabalho promovem a saúde mental e incrementam o desenvolvimento económico.

A promoção da saúde mental das pessoas idosas, também é referida neste relatório. Como consequência do aumento da esperança média de vida, o envelhecimento acarreta o aumento de alguns fatores de stress suscetíveis de potenciar as doenças mentais, assim como a diminuição de algumas capacidades funcionais e o isolamento social. As depressões, assim como as condições neuropsiquiátricas associadas ao envelhecimento, como, a demência, são fatores de agravamento das doenças mentais. Nesse sentido, intervenções de apoio adequadas, podem ser fundamentais para melhorar a saúde mental dos idosos.

E por fim, aconselha a que haja iniciativas destinadas a grupos vulneráveis, uma vez que a precariedade laboral, social e económica, conduz a um incremento da vulnerabilidade à doença mental. O desemprego pode reduzir a autoestima, conduzindo à depressão. O risco de doenças mentais é substancialmente maior para os migrantes ou outros grupos marginalizados. As reintegrações dos desempregados no mercado laboral podem resultar nalguma rentabilidade, assim como o apoio prestado a grupos vulneráveis podem melhorar a saúde mental, reforçando a coesão social e evitar sobrecargas sociais e económicas.

Relativamente à prevenção da doença mental, é referido que se deve prevenir a depressão. Algumas iniciativas escolares, que incidam particularmente sobre as competências para a vida e a prevenção do assédio e a discriminação, assim como outras medidas destinadas a reduzir o *stress* no local de trabalho, ou ainda a promoção de sessões de atividade física para idosos, podem contribuir, no seu conjunto, para a redução dos sintomas depressivos. Atuando junto da opinião pública, sensibilizando-a para o fenómeno da depressão, pode conduzir à procura de ajuda e reduzindo a estigmatização e a discriminação.

Por outro lado, torna-se premente a redução dos desequilíbrios inerentes ao consumo de substâncias psicoativas. O álcool, as drogas ou outras substâncias psicoativas, funcionam como um fator de risco adicional, e o seu consumo pode desencadear vários problemas relacionados com a saúde mental.

Por último este relatório aconselha a que se melhore a informação e o conhecimento sobre saúde mental na EU. A saúde mental está coberta de forma deficiente pelos sistemas de vigilância da saúde, sendo necessário uma uniformização dos indicadores nacionais e internacionais disponíveis sobre saúde mental e doença mental nas populações, de forma a criar um conjunto de dados mensuráveis e comparáveis na UE. Para isso, é fundamental dispor de mais dados sobre as determinantes sociais, demográficas e económicas da saúde mental, assim como sobre as infraestruturas, atividades e recursos de prevenção e promoção da saúde mental.

A Comissão sobre Saúde Mental na Europa, em dezembro de 2007, tomou a decisão de não desenvolver uma comunicação formal sobre a saúde mental, optando por desenvolver uma abordagem mais orientada para os procedimentos concretos, a fim de apoiar as ações para saúde mental na EU (Europeia, 2012c).

Na sequência deste processo, foi elaborado o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (European Pact for Mental Health and Well-being), lançado na Conferência de Alto Nível sobre Saúde Mental e Bem-estar em 13 de junho de 2008, liderada pela Comissão Europeia, em colaboração com a Presidência Eslovena e da Organização Mundial da Saúde Regional para a Europa (Europeia, 2012c).

Neste pacto, é expressa a determinação dos Estados-Membros e de todas as partes interessadas de sectores como a saúde, educação, trabalho, assuntos sociais e da própria sociedade civil, alentando os responsáveis para a urgência de envolver todos os parceiros de trabalho, enfatizando a necessidade de intercâmbio e cooperação na saúde mental e bem-estar social na EU (Europeia, 2012c). Assim sendo são salientadas cinco áreas prioritárias: prevenção da depressão e do suicídio, saúde mental na juventude e na educação, saúde mental no emprego, saúde mental nos idosos e combater o estigma e a exclusão social (OMS, 2008).

A depressão e as doenças mentais transformaram-se ao longo das últimas décadas em doenças graves e comuns, sendo potenciadoras de fatores de risco comportamental, com tendência para o suicídio. Em cada 9 minutos morre por suicídio na UE uma pessoa. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja dez vezes superior (OMS, 2008).

Os responsáveis políticos e os representantes das comunidades envolvidas são assim chamados a intervir, de forma a agir na prevenção da depressão e suicídio que podem passar por: melhoramento da formação de todos os intervenientes do sector da saúde mental; limitar o acesso a meios potenciais de suicídio; adotar medidas no sentido de consciencializar a população em geral e os profissionais de saúde para a problemática da saúde mental; minimizar os fatores de risco de suicídio, relacionados com o consumo excessivo do álcool e outras substâncias, assim como minorar o risco de exclusão social, depressão e *stress*; disponibilizar mecanismos de suporte após as tentativas de suicídio e para as famílias atingidas pelos suicídios.

É cada vez mais premente e necessária a intervenção cada mais precoce, em diferentes áreas, com particular incidência para a saúde. Cerca de 50% das doenças mentais têm início durante a adolescência. Os problemas relacionados com a saúde mental podem ser

detetados em 10 a 20% dos jovens, com taxas mais elevadas entre os grupos mais desfavorecidos da população (OMS, 2008).

Os políticos e outros representantes são convidados a atuar na saúde mental dos jovens e na educação, com medidas que devem incluir: mecanismos para a detecção precoce através do sistema educativo; disponibilização de programas que promovam as competências parentais; promoção da formação para os profissionais envolvidos na saúde, educação, juventude e outros sectores relevantes da saúde mental e bem-estar; criação de programas de prevenção do abuso, intimidação e violência para com os jovens e a exclusão social; incentivar a participação dos jovens na educação, cultura, desporto e emprego.

O emprego e a estabilidade profissional representam um importante benefício para a saúde física e mental. A saúde mental e o bem-estar da força de trabalho representam um recurso basilar para a produtividade e inovação na UE. A cadência e a natureza do trabalho estão em constantes alterações, causando tensões na saúde mental e consequentemente no bem-estar físico e mental. São necessárias novas medidas para lidar com o aumento do absentismo e da incapacidade laboral, assim como de forma a rentabilizar e potenciar a produtividade ligada ao *stress* e à doença mental. O local de trabalho tem um papel fundamental na inclusão social das pessoas com problemas de saúde mental.

Os políticos, parceiros sociais e os demais representantes, são por isso convidados a refletir e agir na saúde mental no emprego, com medidas devem passar por: melhorar a organização no trabalho, a cultura organizacional e as práticas de liderança para promover o bem-estar mental no trabalho, incluindo a reconciliação do trabalho com a família; implementar programas de saúde mental e bem-estar com avaliação do risco e programas de prevenção para situações que possam causar efeitos adversos na saúde mental dos trabalhadores (stress, comportamento abusivo como a violência ou assédio no trabalho, álcool, drogas) e mecanismos de intervenção precoce nos locais de trabalho; disponibilizar medidas de apoio ao recrutamento, retenção e regresso ao trabalho para pessoas com problemas ou doenças mentais (OMS, 2008).

De acordo com a OMS (2008), como consequência do aumento da esperança média de vida, aliada à diminuição da natalidade, a população da UE está a envelhecer. O envelhecimento implica alguns riscos para a saúde mental e o bem-estar, como a perda de suporte social da família e amigos e a manifestação de algumas doenças físicas ou neuropsíquicas como a Demência, Depressão e Alzheimer. Nestas condições, as taxas de suicídio tendem a ser mais altas. A promoção do envelhecimento ativo e saudável é um dos objetivos políticos fundamentais da UE.

Nesse sentido, interessa: promover a participação ativa dos idosos na vida comunitária, incluindo a promoção de atividades físicas e educacionais; desenvolver estratégias de reforma que permitam aos idosos permanecer até mais tarde num emprego a tempo inteiro ou tempo parcial; disponibilizar medidas para promover a saúde mental e o bem-estar nos idosos que recebem cuidados (médicos ou sociais), tanto na comunidade como nas instituições.

2.2.2.4 Linhas orientadoras para profissionais aplicadas a nível mundial

Por *guidelines* entende-se um conjunto de diretrizes ou orientações, destinadas a determinar uma linha de orientação comum em algumas profissões. Na medicina, estas *guidelines* assumem particular importância, pois refletem a ponte, entre a evidência clínica

e a prática clínica. A aplicação destas normas podem contribuir para incrementar a qualidade dos cuidados, reduzir as variações não apropriadas na prática clínica e introduzir uma melhoria na relação custo-efetividade nos cuidados de saúde mental (Teixeira, 2010).

Simultaneamente, as *guidelines* podem ser um excelente instrumento para sustentar uma melhor alocação de recursos financeiros e humanos. Concisamente podemos referenciar as *guidelines* clínicas como o conjunto de decisões genéricas, isto é, recomendações destinadas a um conjunto de doentes e não a um doente concreto (Teixeira, 2010).

Na medicina moderna, o médico, após a avaliação da sintomatologia e dos sinais do doente, caso considere insuficiente para o diagnóstico, deverá (na maior parte dos casos) requisitar um conjunto de exames complementares, de modo a poder dissipar dúvidas e a encontrar um diagnóstico o mais fiável possível. Este raciocínio dedutivo é provavelmente a parte mais difícil do ato clínico, já que pode ser contaminado de muitas incertezas. Ao longo da consulta médica, a conversa com o doente, permite ao médico estabelecer o historial clínico do paciente. Na posse dos dados anamnésicos, após o exame objetivo e examinando os meios complementares de diagnóstico, a diagnose da doença vai evoluindo, sendo alicerçada por cada um dos elementos recolhidos, diminuindo o leque de probabilidades de diagnóstico, reduzindo a incerteza inicial e chegando a um diagnóstico seguro (Roque, Bugalho, Costa, & Carneiro, 2010).

2.2.2.4.1 Promoção e Prevenção

A promoção da saúde e a consequente prevenção da doença são fundamentais para a prática da saúde mental comunitária, sendo essencial a promoção a prevenção aos três níveis:

- i. Prevenção Primária – que consiste na redução dos riscos de saúde, com particular incidência na identificação das situações potencialmente causadoras de *stress* ou dor, sem descurar o ensino da gestão do estilo de vida a prestadores de cuidados a indivíduos com distúrbios graves (Howard, 1999, cit em Miranda, 2008, p. 770);
- ii. Prevenção Secundária – onde estão inseridas as atividades dirigidas à redução da prevalência ou da natureza patológica de uma doença mental (Howard, 1999, cit em Miranda, 2008, p. 770);
- iii. Prevenção Terciária – que se refere ao restabelecimento e ao aumento de funcionamento de várias variáveis, incluindo o controlo dos sintomas da doença e das respostas aos tratamentos administrados, em coordenação com a transição do hospital para a comunidade e a respetiva identificação das opções de cuidados no seio da comunidade (Howard, 1999, cit em Miranda, 2008, p. 770).

2.2.2.4.2 Diagnóstico e tratamento

Na saúde mental, os cuidados prestados nos serviços de cuidados primários gerais são o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde formal. A este nível, são serviços fundamentais a identificação precoce de perturbações mentais, o tratamento de perturbações mentais mais frequentes, a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referenciação de doentes assolados com doenças mentais para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos, e ainda a promoção e prevenção de saúde mental. Nos países mais desenvolvidos, estes cuidados de saúde primários são prestados principalmente por médicos, enquanto em

países de baixo e médio rendimento, os enfermeiros prestam a maior parte dos cuidados primários (WHO & Wonca, 2008a).

Muito embora o número de doentes com enfermidades mentais que frequentam os cuidados primários seja elevado, o diagnóstico da doença e o seu tratamento são muitas vezes inadequados. Em várias partes do mundo os profissionais que lidam com as doenças mentais nos cuidados primários não diagnosticam corretamente a doença e, por razões variadas, falham no tratamento prestado, de acordo com a evidência científica nos casos que conseguem identificar (WHO & Wonca, 2008a).

Foram registados nas últimas décadas, avanços significativos na padronização da avaliação clínica, que permitiram o aumento da fiabilidade do diagnóstico. Com os esquemas organizados de entrevistas, as definições uniformes de sinais e sintomas e os critérios padronizados de diagnóstico, é possível atingir um elevado grau de fiabilidade e de validade no diagnóstico das perturbações mentais, diminuindo a margem de erro. Os esquemas estruturados, aliado às listas de verificação de sinais e sintomas permitem, aos profissionais da área mental, recolher informações, utilizando perguntas padronizadas e respostas codificadas (OMS, 2001a).

O diagnóstico correto é considerado um requisito fundamental para a intervenção adequada, quer a nível do indivíduo, assim como para a epidemiologia e para a monitorização da mesma. Os avanços nos métodos de diagnose vieram facultar notavelmente a aplicação de princípios clínicos e de saúde pública no campo da saúde mental (OMS, 2001a).

Apesar de um diagnóstico correto, a aplicação de um tratamento adequado, baseado na evidência clínica e científica pode não estar assegurada. O copagamento efetuado pelo paciente, na altura da compra da medicação, quando comparados com o estigma causado pela doença, provoca barreiras significativamente maiores. Um número reduzido de pessoas com depressão major nos países em desenvolvimento recebe tratamento antidepressivo ou outros tipos de tratamento baseado na evidência científica; além de que, os antidepressivos podem ser usados em doses demasiado baixas, não recomendadas para a sua plena eficácia (WHO & Wonca, 2008a). Por outro lado, as benzodiazepinas (não indicadas diretamente no tratamento da depressão) são muitas vezes prescritas em vez dos antidepressivos (Almeida et al., 1997).

Para os profissionais de saúde não receitarem antidepressivos, estão subjacentes diversas razões, como por exemplo o custo dos medicamentos antidepressivos, o seu fornecimento inadequado e a falta de formação dos profissionais, aliada a algum ceticismo em relação à sua eficácia (Abas, Baingana, Broadhead, Iacoponi, & Vanderpyl, 2003).

São muitas as razões para que as doenças mentais sejam sub-detectas e consequentemente sub-tratadas nos cuidados de saúde primários. Este subdiagnóstico está ligado a vários fatores, não só ao próprio sistema de saúde e aos seus profissionais de saúde, mas também está intimamente ligado aos pacientes e aos seus fatores ambientais e sociais (WHO & Wonca, 2008a).

No nível mais básico, alguns pacientes não reconhecem sintomas de depressão. Muitos doentes tendem a não reconhecer os sintomas de perturbação mental, desvalorizando os sinais da doença ou atribuindo-lhes causas físicas, como por exemplo sintomas gastrointestinais, fadiga, dores de cabeça (Hirschfeld et al., 1997), síndromas dolorosos e perturbações do sono, ignorando a verdadeira causa (Das, Olfson, McCurtis, & Weissman,

2006). Existem outros doentes que, reconhecendo a perturbação mental, subestimam a gravidade da doença, acreditando erroneamente que conseguem debelar a sua doença, sem o recurso aos profissionais de saúde (WHO & Wonca, 2008a).

Muitos profissionais de saúde não recebem uma formação adequada sobre os tópicos de saúde mental. Na maior parte dos países, a formação dos profissionais dos cuidados primários varia entre algumas horas até um máximo de uma ou duas semanas. Outros fatores são as falsas concepções sobre a natureza dos problemas de saúde mental, os preconceitos contra as pessoas com perturbações mentais, e o tempo inadequado para avaliar e tratar perturbações mentais nos *settings* clínicos (Abas et al., 2003).

A existência de recursos financeiros e humanos inadequados, também contribuem para que os de cuidados de saúde mental não sejam os mais adequados, fomentando o largo défice entre o número de pessoas que necessitam de cuidados e aqueles que o recebem (WHO & Wonca, 2008a). Isto assume contornos particularmente preocupante em países de baixo e médio rendimento, onde a maior parte das nações adjudicam menos de 1% das suas despesas de saúde à saúde mental, havendo assim uma clara necessidade de aumentar a alocação de recursos nos cuidados de saúde mental, em vários países (Saxena, Sharan, Garrido, & Saraceno, 2006).

De acordo com WHO & Wonca (2008a) o diagnóstico correto reside no êxito da combinação de conhecimentos técnicos de sinais e sintomas, associado à perceção que o profissional de saúde tem do doente e do seu meio envolvente. Na falta de um destes requisitos – por um lado o conhecimento dos sinais e dos sintomas e, por outro, a compreensão do mundo e das convicções do doente – não podem ser feitos diagnósticos úteis.

Na saúde mental, profissionais da saúde têm de ter em linha de conta as crenças religiosas e políticas dos doentes, assim como as envolvências ambientes culturais. As perturbações mentais, em muitas sociedades, são vistas como problemas interpessoais e muitas vezes familiares, em vez de serem apenas problemas do indivíduo afetado (WHO & Wonca, 2008a).

No seguimento do diagnóstico, um plano completo de tratamento deverá ser elaborado, envolvendo o doente, a sua família, incluindo a família mais alargada e a comunidade. Os doentes acometidos por afeções mentais, percecionam o sofrimento de muitas maneiras, muitas vezes divergentes do quadro biomédico. Muitos doentes consideram a sua doença como um infortúnio, causado por um castigo, muitas vezes sobrenatural e não como provas de uma depressão ou outra qualquer doença do foro mental (WHO & Wonca, 2008a).

Tem havido avanços significativos nos meios complementares de diagnóstico, onde estão disponíveis novas técnicas de neuro-imagem, incluindo a tomografia axial computadorizada (TAC), a ressonância magnética (RM) e a tomografia de emissão de positrões (PET). Estas técnicas podem ser utilizadas para, quando comparadas com exames normais, proporcionarem ao profissional de saúde uma maior certeza no diagnóstico (Merck, 2009a).

2.2.2.4.3 Tratamento farmacológico

Ao longo das últimas quatro décadas, o número de fármacos utilizados em psiquiatria, desenvolveu-se enormemente, quer em termos de quantidade quer em eficácia. Os fármacos utilizados nas doenças do foro mental e psiquiátrico, são classificados de acordo

com a perturbação principal para a qual são prescritos. Por exemplo, os antidepressivos, como a Imipramida, a Fluoxetina ou Paroxetina, usam-se para tratar a depressão. Os fármacos antipsicóticos, como a Clorpromazina e o Haloperidol, são utilizados nas perturbações psiquiátricas como a esquizofrenia. Os novos anti psicóticos, como a Olanzapina e a Risperidona, podem ser úteis para alguns doentes que não terão obtido resultados com as terapias mais tradicionais. Os fármacos ansiolíticos, como o Clonazepam, Alprozalam e o Diazepam, são utilizados no tratamento das perturbações causadas pela ansiedade, como a perturbação por pânico ou as fobias. Os estabilizantes do humor, como o Carbonato de Lítio, são prescritos em casos de pacientes com doenças maníaco-depressivas, como por exemplo os bipolares, enquanto os medicamentos antiepiléticos como a Carbamazepina e o Levetiracetam são utilizados para o tratamento ou controle da epilepsia e das convulsões (Merck, 2009h).

Os profissionais dos sectores da saúde primária, podem, com a formação e o apoio adequados, fazer algumas intervenções eficazes nas perturbações mentais, quer as mais ligeiras e comuns, quer as mais graves. Em doentes com patologias crónicas estáveis, a ajuda do profissional de saúde primário pode ser fundamental, uma vez que estes doentes podem ser ajudados pelos profissionais dos cuidados de saúde primários, evitando as repetidas idas aos serviços de especialidade (Patel et al., 2007). De igual forma, os doentes com perturbações mentais mais comuns, como a depressão, podem receber o tratamento adequado e eficaz, junto dos cuidados de saúde primários (Patel et al., 2007; Patel et al., 2003).

Quando se fala na relação custo-efetividade da medicação utilizada nas doenças mentais, essa relação é maior quando selecionado um número limitado de medicamentos psicotrópicos como parte do receituário nacional (OMS, 2002). Esses medicamentos devem ser selecionados com base na sua relevância para a saúde pública, as provas da sua eficácia e segurança e do seu custo-efetividade. De salientar que todas as terapias eficazes são essenciais, e que a escolha criteriosa dos tratamentos psicotrópicos a aplicar é da maior importância (WHO & Wonca, 2008a).

Nas últimas décadas, o progresso de fármacos anti psicóticos eficazes, tornou possível o aparecimento de uma corrente nos profissionais de saúde que defende a retirada de doentes mentais das instituições frenopáticas. Com o crescimento desta corrente, a abordagem das doenças mentais, passou a colocar grande ênfase no próprio doente, considerando a pessoa com doença mental como mais um membro das respetivas famílias e comunidades (Merck, 2009c).

Segundo Merck (2009c), algumas investigações demonstraram que as interações entre as famílias e os doentes podem melhorar ou agravar a saúde mental. Nesse sentido, foram desenvolvidas técnicas de terapia familiar que ajudam a prevenir, em grande medida, a necessidade do internamento dos indivíduos com doenças mentais crónicas. Hoje em dia, a família está mais empenhada do que nunca e, surge quase sempre como um aliado no tratamento. O papel do médico de família pode ser preponderante na reintegração do paciente na comunidade. Os doentes mentais que têm de ser hospitalizados correm menos riscos de isolamento do que no passado, uma vez que são incluídos precocemente em programas de hospitalização parcial e de tratamentos em centros diurnos, tudo isto com a coadjuvação familiar. Este tipo de estruturas são menos dispendiosas, uma vez que implicam um menor gasto com pessoal, sendo mais fomentada a terapia de grupo do que a individual e os doentes podem pernoitar no seu domicílio ou em casas comuns.

2.2.2.4.4 Terapia electro convulsionante

Neste tipo de terapia, são colocados eletródios na cabeça do paciente, provocando uma série de descargas elétricas de potência controlada, diretamente no cérebro, para induzir convulsões. Apesar de alguma controvérsia, é um método seguro que raramente provoca complicações graves e foi claramente demonstrado que este tratamento é o mais eficaz para a depressão grave. O uso de anestésicos e relaxantes musculares reduz em grande medida o risco para o doente (Merck, 2009h).

2.2.2.4.5 Psicoterapia

Nos últimos anos, a psicoterapia sofreu avanços significativos. A psicoterapia consiste num tratamento que é aplicado ao doente, mediante técnicas psicológicas e fazendo uso sistemático da relação doente-terapeuta. A psicoterapia não é exclusiva dos médicos psiquiatras, sendo coadjuvados nestas tarefas por psicólogos clínicos, trabalhadores sociais, enfermeiros, alguns conselheiros espirituais e muitos outros que não são profissionais da saúde. Os psiquiatras são os únicos profissionais da saúde mental autorizados a receitar fármacos (Merck, 2009h).

De acordo com Merck (2009h) a psicoterapia está aconselhada numa variedade de situações problemáticas, podendo ser utilizada isoladamente ou concomitantemente com a medicação. Pode fornecer ferramentas adequadas para que as pessoas que sofram de perturbações psiquiátricas enfrentem os seus problemas, dando-lhes capacidades para contornar os seus problemas.

2.2.2.4.6 Hipnose e hipnoterapia

A hipnose e a hipnoterapia estão cada vez mais a ser utilizadas para o tratamento da dor e das perturbações físicas que têm uma forte componente psicológica. Estas técnicas promovem a relaxamento muscular, reduzindo conseqüentemente os focos de ansiedade e a tensão. A hipnose e a hipnoterapia podem, por exemplo ajudar pessoas com cancro que, além da dor, sofrem de ansiedade ou depressão (Merck, 2009h).

2.2.2.4.7 Recuperação pessoal

Importante no tratamento de qualquer perturbação mental é a recuperação pessoal, sendo que esta noção surgiu da vivência das pessoas que passam pela experiência da doença mental e, é algo significativamente diferente da recuperação clínica. Uma das definições mais extensível e utilizada de recuperação pessoal é a de Anthony (1993, p. 527), que considera que esta é "...um processo único, profundamente íntimo, de transformação das atitudes, valores, sentimentos, objetivos, aptidões e/ou funções das pessoas. É uma forma de viver uma vida satisfatória, esperançosa e contribuir para a vida mesmo dentro dos limites impostos pela doença mental. A recuperação pessoal envolve o desenvolvimento da nova orientação e objetivo geral na vida de um indivíduo enquanto se supera os efeitos catastróficos da doença mental."

Patrocinar a recuperação pessoal envolve o afastamento do tratamento clássico, centrado na doença, promovendo o tratamento no sentido da melhoria do bem-estar. Para isso, é necessário uma transformação em que os paradigmas dos profissionais se tornam parte integrante de uma compreensão global da pessoa. Esta compreensão global pode ser orientada pelo Modelo de Recuperação Pessoal, que tem por base os quatros domínios da

recuperação que emergem dos relatos de pessoas que vivenciaram a doença mental: a esperança é, frequentemente, um componente do autorrelato de recuperação; a autoidentidade, incluindo a autoimagem atual e futura; ter um sentido na vida, incluindo objetivos e metas de vida; a responsabilidade pessoal – a capacidade de assumir responsabilidade pessoal pela sua própria vida (Slad, 2011).

2.2.2.5 Diretiva 2011/24/EU cross-border healthcare

Na União Europeia, fruto de uma evolução constante e da globalização natural do mercado único, as políticas e os sistemas de saúde possuem cada vez mais uma profícua interligação, devido a uma série de fatores: fruto da abolição das fronteiras, os doentes recebem tratamento em países da UE diferentes do país de origem; os profissionais de saúde, por via das leis do mercado trabalham em diferentes países da UE; as expectativas dos doentes quanto à qualidade dos cuidados de saúde são mais elevadas; o uso de novos desenvolvimentos no domínio das tecnologias é aplicado à saúde (Europeia, 2012b).

Todos os anos, um diminuto número de cidadãos europeus realiza um tratamento médico noutro país da UE. No entanto, atualmente, as regras aplicáveis em matéria de direitos e reembolsos não são muito precisas, prejudicando o ressarcimento das quantias despendidas. Devido a esta situação, invariavelmente é necessário o recurso à intervenção do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias (TJCE) (Europeia, 2008).

Por esse motivo, a Europeia (2012a) apresentou uma proposta de diretiva da UE relativa à aplicação dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, que foi formalmente adotada pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho em 2011. Este diploma clarifica as possibilidades de beneficiar de cuidados de saúde noutro país da UE.

A diretiva regulamenta igualmente as responsabilidades, em matéria de qualidade e segurança dos cuidados ministrados num contexto transfronteiras. Para além disso, reforça a cooperação em vários domínios, nomeadamente através da criação de redes de centros de referência para cuidados de saúde especializados (Europeia, 2012a). Esta iniciativa europeia permite, por um lado que os doentes possam obter os cuidados de que necessitam e, por outro, permite aos Estados Membros garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira dos seus sistemas de saúde, bem como o bem-estar dos seus cidadãos (UE, 2012).

O objetivo genérico da presente proposta é assegurar a existência de um quadro claro e inequívoco no domínio dos cuidados de saúde transfronteiriços na EU (Communities, 2008), que defina as regras, com vista a facilitar o acesso a cuidados de saúde que atravessam as fronteiras, seguros e de elevada qualidade e que promova a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os Estados-Membros, no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde (DGS, 2011b). Para que isso aconteça, são necessárias ações que eliminem as barreiras à prestação dos cuidados de saúde transfronteiriços e que garantam um elevado nível de proteção sanitária.

Relativamente aos dados médicos, o país de origem terá de garantir que o fornecedor de cuidados de saúde no país do tratamento pode ter acesso ao historial clínico do paciente ou aos registos médicos eletrónicos, salvaguardando a proteção de dados, em conformidade com as diretivas europeias. O reforço da cooperação na saúde entre os Estados-Membros deverá asseverar que esses dados são totalmente legíveis e compreensíveis, ou, por outras

palavras, os sistemas de TI de Saúde deverão ser capazes de comunicar entre si, de forma a poderem ser inteligíveis em qualquer país. Isto pode ser de grande benefício não só para a segurança do paciente, mas também para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, a nível europeu (Union, 2011).

2.3 Sistemas de informação de saúde

Vivendo numa era de franca expansão tecnológica, que inevitavelmente implica mudanças também no sector da saúde, torna-se implícito fazer nesta secção uma abordagem aos temas ligados aos sistemas e tecnologias de informação, tais como a sociedade da informação e do conhecimento, o que são sistemas de informação e como estes se relacionam com a saúde.

Procederemos também à análise da situação em Portugal no que diz respeito aos Sistemas de Informação implementados na área da saúde e nas farmácias, bem como a sua evolução.

Por fim será abordado o tema do serviço de prescrição eletrónica, no que consiste e como funciona, e faremos um paralelismo entre Portugal e outros países onde este tipo de receita desmaterializada já se encontra implementada.

2.3.1 Sociedade, Informação e conhecimento

Na sociedade moderna, o conceito informação pertence a uma categoria de termos de utilização muito fácil, mas a sua definição não se apresenta assim tão fácil. Numa perspectiva puramente tecnológica, o conceito de informação pode ser entendido como o resultado de um processo computacional de manipulação de dados, no entanto, existem outras perspetivas (Pedro, 2009).

Informação é o conjunto de dados que quando fornecidos de forma e a tempo adequado, tende a melhorar o conhecimento do recetor desse conjunto de dados, habilitando-a a desenvolver determinada tarefa ou facilitando a tomada de decisão (Galliers, 1988, cit em Pedro, 2009).

A sociedade de informação apresenta-se como um repto a enfrentar com determinação, de modo a adequar o país às profundas mudanças que daí podem resultar. A sociedade da informação está presente no nosso quotidiano, e alterações na informação podem afetar o comportamento das organizações e podem influenciar o pensamento estratégico dos países (Coelho, Monteiro, Veiga, & Tomé, 1997).

Foi o sociólogo Daniel Bell, que inventou o termo "sociedade da informação". A discussão de Bell acerca da sociedade da informação era muito centrada na economia da informação, mas este acrescentou duas dimensões importantes: o fluxo de informação e a tecnologia da informação. O fluxo consiste na divulgação do conhecimento científico, bem como na ampla disponibilidade de informações dos *media*. A contribuição da tecnologia da informação, de acordo com Bell, está num nível macro industrial, por exemplo, computadores de grande porte e robôs, mas também a nível pessoal pelo uso individual de computadores e comunicações (Raban, Gordon, & Geifman, 2011).

Garfield no seu estudo de “2001: uma sociedade de informação” forneceu uma definição mais concisa, afirmando que a sociedade da informação é uma sociedade em que tomamos como garantido o papel da informação, uma vez que esta premeia e domina as atividades de governo, empresas e a vida quotidiana (Raban et al., 2011).

Por definição, o conceito de sociedade da informação refere-se ao modo de desenvolvimento social e económico onde a aquisição, armazenamento, processamento, valorização, transmissão, distribuição e disseminação de informação conduz à criação de conhecimento, satisfazendo as necessidades de cidadãos e empresas, exercendo um papel central na atividade económica, na criação de riqueza, na definição da qualidade de vida dos cidadãos, assim como das suas práticas culturais (Pedro, 2009).

Para os economistas a criação do conhecimento é um importante motor da economia. Normalmente, estes fazem pouca distinção entre informação e conhecimento. Para estes a distância que vai da Sociedade da Informação à Sociedade do Conhecimento é muito curta, isto é, uma sociedade em que novos conhecimentos são o combustível para o desenvolvimento (Mansell, 2010). Como David and Foray (2003, cit em Mansell, 2010) observaram, o conhecimento tem estado no centro do crescimento económico e do aumento gradual dos níveis de bem-estar social desde tempos imemoriais. A capacidade de inventar e inovar, que é a criação de novos conhecimentos e novas ideias, que são incorporados em produtos, processos e organizações, sempre serviram como combustível para o desenvolvimento.

O Conhecimento pode ser referido como o produto de aprendizagem humana, isto é, a interpretação dos dados (Huber, 1991). Embora as definições encontrados na literatura existente sejam semelhantes para informação e conhecimento, muitos autores tendem a considerar a informação como conceitos gravados e conhecimento como um conjunto de crenças sobre as inter-relações entre esses conceitos (Owen, 1999; Zimmermann, 2006). Conhecimento, portanto, é frequentemente usado para descrever uma perceção individual ou *know-how* relativo a uma determinada área (Rodger, 2012).

Segundo Loureiro (2003, cit em Pedro, 2009), podemos afirmar que o conhecimento é a informação usada aquando da tomada de decisão, em determinados contextos pela mente humana. As organizações do conhecimento evidenciam-se por usarem de forma intensiva essa informação.

Mas, ainda sob este ponto de vista, é importante não confundir os três conceitos essenciais no contexto da sociedade de informação – dados, informação e conhecimento. O conhecimento não é dado nem informação, embora todos se relacionem entre si (Davenport & Prusak, 2000).

Uma definição simplificada de dado é que este é uma abstração formal que pode ser representada e transformada por um computador, ou seja, a sequência de símbolos quantificados ou quantificáveis. Como são símbolos quantificáveis, os dados podem ser armazenados e processados por um computador (Setzer, 2004).

São chamados de dados o conjunto de factos discretos e objetivos relativos a um determinado acontecimento, enquanto a informação é definida como uma mensagem, que em regra assume a forma de documento ou comunicação audível ou visível – e, como qualquer mensagem tem um emissor e um recetor - e o seu significado está construído com base nos dados. Como Peter Drucker disse, informação são dados dotados de relevância e propósito, o que sugere que os dados por si só têm pouca relevância ou propósito (Davenport & Prusak, 2000).

Informação é uma abstração informal, isto é, não pode ser formalizada através de uma teoria lógica ou matemática. A representação da informação pode eventualmente ser feita por meio de dados. Nesse caso, pode ser armazenada num computador, mas o que é

armazenado não é a informação, mas a sua representação em forma de dados (Setzer, 2004).

Por outro lado o conhecimento é uma abstração interior, pessoal, de alguma coisa que foi experimentada por alguém. Também não depende apenas de uma interpretação pessoal, como a informação, pois requer uma vivência do objeto do conhecimento. O conhecimento existe quando alguém pode efetuar associações de conceitos baseados numa vivência pessoal dos objetos envolvidos (Setzer, 2004).

De acordo com Davenport & Prusak (2000) o conhecimento é uma mistura fluida, constituída por experiências, valores, informação de contexto e acuidade hábil, que visa proporcionar uma estrutura que fundamente a avaliação e incorporação de novas experiências e informação. Assim, e de acordo com esta lógica, é fácil de verificar que são necessárias várias ferramentas que utilizem os dados, metabolizando-os em informação. Mas, para transformar a informação em conhecimento é imprescindível dispor de algum tempo.

Muito embora o papel da tecnologia seja muito importante no processo, nada mais é do que um meio que possibilita a comunicação da informação ou conhecimento. Podemos exemplificar, um telefone, só por si, não é o garante de conversas fluidas e úteis, nem tão pouco as motiva. Assim, podemos concluir que, dispor da tecnologia de informação e comunicação mais sofisticada pode não implicar a obtenção a informação de qualidade (Loureiro, 2003, cit em Pedro, 2009).

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) perspetivam a abertura de novas oportunidades à sociedade do futuro (Coelho et al., 1997). A informação, assim que produzida, é posta em circulação quase instantaneamente, podendo ser recebida, tratada, incorporada, de forma lógica ou científica, transformada por cada um dos utilizadores, em conhecimento pessoal, criando um incremento à compreensão, à sabedoria, à autoformação, um valor acrescido para o mercado ou para a sociedade, sempre com a condição basilar de conseguirmos manter uma atitude de constante aprendizagem. Vivemos atualmente imbuídos numa sociedade, muito para além das escolas, bibliotecas ou laboratórios. Numa sociedade onde proliferam as novas fontes, onde se pode obter conhecimento, quer nas empresas, quer na investigação e experimentação, de estudo, de consultoria, de inovação e de desenvolvimento.

2.3.2 Sistemas de informação

“Sistema de informação é o conjunto de pessoas, procedimentos e equipamento projetado, construído, operado e mantido com a finalidade de recolher, registar, processar, armazenar, recuperar e exibir informação, podendo assim servir-se de diferentes tecnologias (Houaiss & Villar, 2003b, p. 3346).” Por outras palavras, podemos definir um sistema de informação como uma combinação de procedimentos, informação, pessoas e tecnologias de informação, organizadas para o alcance de objetivos de uma organização (Alter, 1999).

Por outro lado, por tecnologias de saúde entende-se todos os meios (materiais ou não), assim como os procedimentos destinados à prevenção, diagnóstico de doenças, assim como ao consequente tratamento e reabilitação das mesmas e das suas consequências. Desta forma, pode-se inferir que as tecnologias de saúde funcionam como os conjuntos articulados de cuidados de saúde (Vaz et al., 2010).

De referir que segundo Vaz et al. (2010) os cuidados de saúde, distinguem-se dos demais bens e serviços devido ao facto de serem consumidos, sendo a obtenção de saúde o seu objetivo primordial. Em consequência, a prova de que um determinado bem ou serviço permite aumentar a saúde de quem o consome é uma condição necessária para que possa ser considerado cuidado de saúde.

Esta prova tem que ser inequívoca, pelo que, todos os fatores que possam gerar confusão têm que ser debelados. Nesse sentido, é extremamente importante a realização de ensaios clínicos aleatórios, duplamente cegos (com ausência de conhecimento quer do doente quer do médico), que constituem a primeira linha de avaliação das tecnologias, quer em termos da sua eficácia e quer no que concerne à sua segurança (Vaz et al., 2010).

Na abordagem à questão dos sistemas de informação, estão umbilicalmente ligados outros conceitos, indissociáveis, que são as tecnologias da informação e comunicação. Numa perspetiva puramente tecnológica, podemos definir as tecnologias de informação e comunicação como o conjunto de equipamentos (hardware) e suportes lógicos e tecnológicos (software), que permitem executar tarefas de aquisição, transmissão, armazenamento, recuperação e exposição de dados (Alter, 1999).

2.3.3 Evolução e histórico dos sistemas de informação de saúde em Portugal

Um Sistema de Informação em saúde está alicerçado na recolha de informação baseada na saúde e na forma como esta pode ser utilizada, de forma a garantir agilização de processos e ganhos significativos em todo o processo.

Nos dias que correm, a Sociedade da Informação é cada vez mais uma realidade emergente, assumindo contornos mais notórios e abrangentes e os Sistemas de Saúde, são formados por inúmeras redes, mais ou menos complexas, que interagem com os vários intervenientes, podendo colher ganhos significativos com o enorme potencial que as Tecnologias de Informação e Comunicação desempenham quer na promoção da comunicação, quer na partilha de informação.

Assim sendo, as Tecnologias da Informação e Comunicação podem assumir um papel fulcral na elaboração de reformas no sector da saúde, facultando um manancial de soluções inovadoras, potenciando uma melhoria da qualidade, do acesso e da eficácia do sector da saúde. Isto faz com que os sistemas de informação na saúde sejam, cada vez mais, um instrumento de importância crítica, para o progresso de estratégias informacionais, no sector da saúde (Espanha, 2010).

2.3.3.1 Na área da saúde

A profunda revolução tecnológica que o mundo tem assistido nos últimos tempos, permitiu às organizações que lidam com a saúde o aparecimento de inúmeras soluções, que podem debelar quase todos os problemas que se levantam neste sector. São soluções distintas, transversais a todo o sector, e podem desempenhar um mero papel de suporte ou garantir a informatização absoluta de todos os processos, quer administrativos ou de natureza produtiva (Serrano, 2007).

Segundo Serrano (2007), em Portugal, assiste-se a um enorme marketing por parte dos fornecedores de TIC na área da Saúde, sem existir a necessária definição de uma política legal, que enquadre esta problemática e, muito mais importante, sem que as Unidades de Saúde estejam devidamente habilitadas para a gestão adequada para a inserção desta

tecnologia nas organizações. Ou, dito de outra forma, não existem as competências necessárias para assegurar que os potenciais ganhos associados às TIC possam efetivamente ser obtidos.

Desde a sua criação o SNS tem sido objeto de algumas reformas e reestruturações. Ao longo os últimos anos, essas reformas, têm sido efetuadas tendo em linha de conta o incremento substancial dos serviços de saúde privados, as parcerias público-privadas assim como a evolutiva difusão de seguros e de planos de saúde (Simões, 2004).

No que concerne aos sistemas de informação, convém realçar a entrada dos mesmos nos hospitais portugueses, em 1994, por força da contabilização da produtividade. Nos anos mais recentes, tendo por base a articulação e continuidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes, foram efetuadas algumas experiências da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, na Rede Telemática da Saúde de Aveiro e nas Unidades de Saúde Familiares, com a introdução de mecanismos que utilizavam as TIC (Espanha, 2010).

Mas, apesar desta evolução, alguns sistemas de informação, como o SONHO, o SINUS e o cartão de utente, têm demonstrado algumas lacunas, revelando-se desajustados, do quer do ponto de vista funcional, quer do ponto de vista tecnológico, apresentando várias fragilidades. A gestão deste tipo de sistemas de informação, a não existência de um *datacenter* que congregue toda a informação, assim como alguma dificuldade na implementação de políticas de normalização e estruturação de determinados conteúdos, a par, da falta de desenvolvimento das aplicações de telemedicina e de alguma falta de coordenação no acesso do utente à informação, têm sido encarados como verdadeiros obstáculos à implementação dos sistemas de informação na saúde, operacionais e eficazes (Espanha, 2010).

2.3.3.1.1 SINUS e SONHO

Devido às limitações dos sistemas de informação utilizados até então, no ano de 2002 foi tomada a opção de se configurar uma camada de *software*, em tecnologia Web, sobre o programa existente até então, o SINUS (Sistemas de Informação para as Unidades de Saúde) (Espanha, 2010). Este sistema estava vocacionado essencialmente para o controlo administrativo, fornecendo ferramentas para as áreas da consulta, urgência, vacinação, gestão de requisições, assim como para emissão do cartão de utente e registo administrativo de contactos, cujo modelo de funcionamento é comum a todas as unidades de saúde (Pinto, 2009).

De acordo com Pereira, Nascimento, & Gomes (2011) a versão atual do SINUS foi implementada na segunda metade da década de 90, sendo que, devido a esse facto seja considerado um sistema tecnologicamente obsoleto e a sua funcionalidade não se adequa ao atual modelo de organização dos cuidados de saúde primários.

Por outro lado, o SONHO (Sistema Integrado de Gestão Hospitalar) foi criado e desenvolvido com a finalidade de tentar dar resposta à crescente necessidade de tornar mais eficiente o trabalho administrativo nos hospitais portugueses em 1988. Na sua essência é um sistema ADT (*Admission-discharge-transfer* / Admissão-alta-transferência), funcionando como pilar fundamental de referência de doentes e episódios nas instituições de saúde que o utilizam. Estes sistemas (ADT) são usados para manter o principal índice dos doentes, no SONHO os principais identificadores do doente são o número de processo, e o número sequencial (GDH, 2010).

O SONHO também possui uma forte componente financeira, permitindo que lhe sejam associados diagnósticos e procedimentos, registados como códigos CID (Classificação Internacional de Doenças). Estes códigos são posteriormente transformados em GDH (Grupos de Diagnósticos Homogêneos) para fins de faturação (GDH, 2010).

A evolução para sistemas de informação, onde os profissionais pudessem registar dados clínicos, prescrições eletrónicas com informação, paralelamente com outros dados clínicos dos utentes/ pacientes, foi encarada como uma normal evolução (Espanha, 2010). Estas alterações foram o resultado da implementação do SAM (Sistema de Apoio ao Médico), cujo objetivo primordial era o de informatizar o registo e consultas, averbando as atividades diárias das equipas de médicos e equipas de enfermagem e do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), em alguns dos estabelecimentos de saúde (ACSS, 2009).

O SAM e o SAPE são sistemas de informação integrados na base de dados do SONHO, sendo a sua função coadjuvar na gestão clínica do doente, que a nível da prática clínica quer de outras funcionalidades como o agendamento e registo de consultas e tratamentos, assim como o averbamento de dados laboratoriais, imagens de diagnóstico e prescrições médicas. Estes sistemas podem também prestar apoio à decisão, à gestão de doenças e podem fornecer um importante suporte no apoio clínico *on-line*. Alguns sistemas são dotados de ferramentas que permitem a análise de dados, facilitando a criação de tabelas, gráficos e mapas importantes para apoio aos cuidados de saúde (Pinto, 2009).

Estes sistemas interligam várias funções relacionadas com a prestação de cuidados de saúde e de outras atividades médicas em geral, sendo por isso muito complexas e difíceis de modelar. Podemos dividir estas funções em três subsistemas, o subsistema de Registo Clínico Eletrónico, onde são registados em formato eletrónico os históricos clínicos de diferentes especialidades médicas (ex.: obstetrícia, pneumologia, cuidados intensivos), onde também estão contemplados os registos referentes aos meios complementares de diagnóstico, assim como a informação sobre o tratamento e sobre o processo patológico; o subsistema referente à requisição de exames e ao retorno dos resultados; e o subsistema relativo ao controlo e verificação destas atividades (Pinto, 2009).

2.3.3.1.2 SAM

O SAM funciona como um sistema que permite aos clínicos efetuar prescrições de medicamentos; requisitar exames complementares de diagnóstico ou terapêutica; prescrever baixas médicas; registar/consultar informação clínica recolhida nas consultas, podendo esta consulta de informação ser feita de um modo global, ou através de outros programas específicos definidos pela DGS. O SAM permite também a consulta do historial clínico do paciente, incluindo prescrições e consultas anteriores e as baixas clínicas associadas (ACSS, 2009).

Muito para além da informação clínica do paciente, o sistema disponibiliza igualmente informação administrativa, designadamente a respeitante à gestão de consultas, sendo que as equipas médicas ou as equipas administrativas podem consultar ou alterar marcações agendadas, interagindo desta forma com o sistema SINUS (ACSS, 2009).

2.3.3.1.3 SAPE

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), que no seu início ficou conhecido por "ENFIN" (Enfermagem/Informática), teve a sua conceção na Escola Superior de S. João do Porto, sendo o seu principal impulsionador o Enf.º Abel Paiva, no âmbito da sua tese de Doutoramento. Após a apresentação do projeto ao IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde) e do consequente pronunciamento favorável, o módulo informático foi desenvolvido, alicerçado nos princípios da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (Pinto, 2009).

O fundamento principal do SAPE visa o tratamento e a organização da informação processada nas consultas de enfermagem. Através desta plataforma, o profissional de enfermagem pode consultar o plano de trabalho com vista à intervenção a efetuar; coordenar a intervenção com outras equipas de enfermagem; registar ou consultar os sintomas apresentados pelo doente; registar ou consultar os procedimentos de enfermagem baseados no diagnóstico realizado; consultar ou registar os planos de trabalho elaborados pelo sistema tendo por base informação clínica inserida; consultar as tabelas com os parâmetros e codificações relativas à atividade de enfermagem (ACSS, 2009).

Fruto da evolução natural, neste momento esta aplicação encontra-se substancialmente diferente da sua primeira versão. A expansão da aplicação por outros hospitais exigiu o desenvolvimento de novas funcionalidades assim como o aperfeiçoamento de outras funcionalidades, ajustando-se às diferentes práticas (Pinto, 2009).

De acordo com Pinto (2009) ao nível da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), foi importante a construção de intervenções e diagnósticos, feitos com base num conjunto de eixos, tendo em conta os focos frequentes em cada serviço, o que permitiu a construção de uma série de diagnósticos e intervenções base, que já se encontram instaladas nos hospitais que aderiram ao sistema. Este trabalho é conhecido por «Parametrização» e, deve ser realizado em cada serviço que queira utilizar esta aplicação. Para isso, o serviço deve fazer o levantamento dos focos frequentes de cada serviço, e por cada foco construir as intervenções que façam sentido executar. Como o conjunto de intervenções parametrizadas, estas são apresentadas ao enfermeiro que fez o diagnóstico, relacionando esses parâmetros com o conjunto de intervenções que fazem sentido executar. A responsabilidade de selecionar desse conjunto, aquelas que se enquadram no seu caso particular. Para além disso, cada foco, deve ter em linha de conta o conjunto de diagnósticos, de forma a se avaliar a evolução desse mesmo foco no doente. O sistema obriga a existência de pelo menos um diagnóstico.

Na maioria dos hospitais onde está instalado, o ENFIN/SAPE interliga-se com o SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar), também ele desenvolvido pelo IGIF, enquanto nos Centros de Saúde o ENFIN/SAPE se liga ao SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde). Este sistema tem a particularidade de estar instalado em todos os Centros de Saúde e respetivas Extensões, visto que é também o sistema responsável pela emissão e gestão do Cartão de Utente. Com esta ligação, fica garantido que quando o enfermeiro está perante o doente, este já tenha sido identificado pelos sistemas, pelo que, apenas deverá registar os cuidados de enfermagem que foram ou serão prestados (Pinto, 2009).

2.3.3.1.4 SAPE versus SAM

Nas versões de cuidados diferenciados e cuidados primários, as diferenças de funcionalidades entre o SAM e SAPE são ínfimas, sendo que, ao nível de arquitetura, a

diferença que merece ser assinalada é a interação com o sistema SONHO na versão hospitalar e com o sistema SINUS na versão para cuidados de saúde primários (ACSS, 2009).

Sendo contemporâneos, o SAM e SAPE são mais recentes que o SINUS e revelam algumas afinidades em termos tecnológicos. Se por um lado a implementação destes sistemas começou no início deste século, utilizam por isso tecnologia semelhante, sendo que a sua conceção foi baseada no modelo de dados SINUS, o que os torna muito dependentes da evolução tecnológica e funcional do SINUS (o SAM é o mais dependente pois só funciona juntamente com o SINUS) (Pereira et al., 2011).

As aplicações SAM/SAPE baseiam-se nos dados resultantes de diferentes bases de dados. Enquanto o processo clínico mantido pela aplicação SAM está assente numa base de dados local Oracle, sendo que para aceder a outros dados (e.g., agendamento ou vacinação) tem que aceder ao sistema SINUS, que assenta numa base de dados também Oracle, ao passo que o sistema SAPE não apresenta base de dados própria ligando-se remotamente à base de dados SINUS (ACSS, 2009).

Como já referenciado atrás, os sistemas SAM/SAPE têm uma base de dados própria e local, onde é armazenada a maior parte da informação clínica sendo os restantes módulos recolhidos através de interfaces com o sistema SINUS. Daqui resulta a dispersão de informação clínica por dois sistemas, sendo que por vezes essa informação é misturada com a informação utilizada pela faturação dos serviços de saúde (ACSS, 2009).

Um fator positivo deve ser realçado, no que concerne ao nível de partilha de informação clínica entre os ACeS (Agrupamentos de Centros de Saúde) e os hospitais de referência, que se baseia na disponibilidade de mecanismos no SAM/SAPE, permitindo a partilha de informação de modo bidirecional (Pereira et al., 2011).

2.3.3.1.5 e-Agenda, e-SIGIC, SER e WEBSIG

A partir de 2006, com a execução do Plano Tecnológico e do Simplex, as TIC ganharam uma nova dinâmica, assumindo um papel verdadeiramente estratégico para o desenvolvimento da *e-health*, em Portugal. O papel preponderante foi assumido pelo Estado, mas não de forma exclusiva. As TIC passariam a ser a principal alavanca da inovação e do desenvolvimento da saúde, contando com o envolvimento das instituições de *know-how* tecnológico e dos diferentes grupos profissionais envolvidos (Espanha, 2010).

De acordo com Espanha (2010) a evolução dos processos tecnológicos tende a ser particularmente incisiva, utilizando o recurso do funcionamento em rede, tornando as plataformas mais flexíveis e adaptáveis às mudanças. A integração total dos sistemas de informação é fundamental para a redução do risco, da despesa e da duplicação de exames, conseguindo assim promover um sistema de saúde agilizado, mais célere e concentrado no utente/paciente.

Apesar do percurso longo e sinuoso, a implementação das TIC e dos sistemas de informação na saúde em Portugal, tem vindo a contribuir de forma inequívoca para promoção de ganhos em saúde, garantindo um maior envolvimento dos utentes, conferindo-lhes alguma autonomia face aos profissionais de saúde (Espanha, 2010).

Segundo Espanha (2010) os diversos esforços desenvolvidos em Portugal, no sentido de uma implementação mais efetiva dos sistemas de informação em saúde culminam na integração no serviço nacional de saúde de diversas plataformas, nomeadamente:

- i. e-Agenda que permite a marcação de consultas no médico de família, através de não presenciais, utilizando para o efeito plataformas tecnológicas multicanal (Internet, telefone, sms) e envolve os serviços de saúde dos cuidados primários (centros de saúde, unidades de saúde familiares – USF). A marcação *on-line* de consultas, no âmbito do Programa Simplex, surge em consequência do processo de desmaterialização de agendamento, iniciada com o projeto Consulta a Tempo e Horas. Esta medida visa reduzir o tempo de marcação de consultas nos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar, criando um novo canal de relacionamento com o utente (Saúde & ACSS, 2008).
- ii. e-SIGIC – este sistema possibilita aos utentes inscritos em cirurgias a consulta da sua situação, via Internet, ou seja, é possível que qualquer doente em lista de espera para cirurgia, possa saber a sua posição na respetiva lista através da Internet.
- iii. RSE – com esta plataforma, é possível a criação de um registo de saúde eletrónico dos cidadãos, permitindo aos profissionais de saúde o acesso à informação clínica que considerem relevante para a prestação de serviços, independentemente do momento e do local da prestação, contribuindo assim de um modo significativo para a qualidade e ligeireza da prestação do serviço ao utente.
- iv. WEBSIG – não é mais que uma plataforma web que assenta num sistema de informação geográfica, disponibilizando Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) sob a forma de mapas e tabelas.

2.3.3.1.6 ALERT

Alicerçado numa visão da saúde, assente nos seus potenciais ganhos, em 1998, um grupo de profissionais da área da saúde, coadjuvado por um grupo de profissionais das TIC, fundou a Associação para o Desenvolvimento da Telemedicina, sendo o objetivo base a criação de uma plataforma que fosse considerada uma ferramenta indispensável e de rotina no quotidiano dos cidadãos, dos profissionais e das organizações de saúde, fazendo de Portugal uma referência internacional nesta área (Espanha, 2010).

Todavia, a telemedicina ainda não conseguiu atingir o grau de desenvolvimento que seria espetável, quer ao nível da cobertura geográfica quer no que concerne à sua diversidade para abranger todas as especialidades médicas. No entanto, apesar de tudo, experiências como o ALERT, desenvolvida pela empresa Médicos na Internet, têm-se revelado como um progresso evolutivo com muitos pontos de interessante (Espanha, 2010).

A ALERT Life Sciences Computing S.A. é uma empresa que investe na investigação, distribuição, desenvolvimento e implementação de *software* da área clínica (AIMINHO, 2009), cuja atividade teve início no ano de 1999 (ALERT, 2010-2013). A sua sede é em Portugal, mais concretamente na cidade do Porto, mas, num esforço de internacionalização o grupo conseguiu a sua expansão, através de algumas sucursais instaladas em países como o Brasil, México, Espanha, EUA, Reino Unido, entre outros (AIMINHO, 2009). A missão desta empresa de cariz tecnológico, assenta numa frase de contornos lapidares: “melhorar a saúde e prolongar a vida, alcançar rentabilidade para benefício da sociedade e inspirar outros para a excelência através do nosso exemplo” (ALERT, 2010-2013).

O ALERT apresenta-se como principal produto deste grupo, uma plataforma *de software* que elimina por completo o uso de papéis em ambientes clínicos, nomeadamente hospitais, centros de saúde e clínicas privadas. Com a utilização do ALERT consegue-se um aumento

da eficácia e da segurança dos serviços prestados, uma vez que é possível registar, interligar, reutilizar e proceder à análise, em tempo real, da informação relativa aos episódios clínicos (AIMINHO, 2009).

Os produtos desenvolvidos pela ALERT foram já implementados em 647 hospitais e 7.936 centros de saúde, sendo que, atualmente têm mais de 44 mil profissionais de saúde como utilizadores. No nosso país, estão representados em mais de 50 por cento dos serviços de urgência (AIMINHO, 2009).

2.3.3.1.7 Portal da Saúde

O crescente incentivo ao recurso da Internet no seio da saúde, depende muito dos conteúdos disponibilizados, da qualidade e credibilidade desses recursos, assim como da aptidão sentida pelo utilizador para utilizar e compreender os recursos disponíveis. A aposta deve ser clara, incentivando o incremento da confiança dos utilizadores, através por exemplo de soluções certificadas, como da mesma forma devem ser aproveitadas as potencialidades que as plataformas tecnológicas podem oferecer no que concerne à agilização dos cuidados médicos. Não é suficiente ter e manter um *site*, é fundamental que o utente consiga aproveitá-lo, tirando dele algum partido, que o considere útil e perceba o seu funcionamento (Espanha, 2010).

A fidedignidade e origem do *site*, nomeadamente o fato de ser suportado por instituições credíveis, como por exemplo o SNS, pode só por si representar um fator de credibilização dos utilizadores, facto que ficou confirmado em estudos realizados em 2006. No entanto, o *site* não oferece a possibilidade de interação significativa entre o utilizador e a instituição. É considerado negativo a aparente falta de esforço por parte dos fornecedores e promotores do *site*, no sentido da dotação de mais meios e conteúdos, que possibilitem uma melhor informação dos utentes. A possibilidade de participação dos utilizadores, a diversos níveis, como por exemplo com sugestões, críticas, pedidos de ajuda, apoio e esclarecimento, bem como a efetividade de uma cidadania ativa, não são explícitos no *site* em questão e podem ser causadores de algum distanciamento entre cidadão e entidade pública (Espanha, 2010).

2.3.3.2 Na área da gestão do medicamento

No panorama informático português, existem alguns programas dedicados às farmácias de oficina. Fruto da evolução dos mercados globais, as farmácias deixaram há muito de ser um local onde apenas se vendiam medicamentos e prestavam cuidados farmacêuticos. No contexto económico atual, as farmácias e locais de venda de medicamentos têm cada vez mais, de possuir instrumentos capazes de analisar as rentabilidades, gerir *stocks*, fazendo com que o negócio de vendas de medicamentos possa coabitar de forma saudável com os instrumentos de gestão.

No passado as soluções informáticas disponíveis para as farmácias de oficina limitavam-se a faturar ou vender medicamentos, tendo incorporado pequenas aplicações para a gestão de *stocks* e preparação de encomendas. Fruto da evolução do mercado e das mudanças que aconteceram no sector farmacêutico, os programas informáticos evoluíram, fornecendo ao utilizador os requisitos legais necessários e obrigatórios para o exercício da sua profissão, e cada vez mais fornecem ferramentas de gestão que permitem maximizar rentabilidades, potenciando os negócios.

Da pesquisa efetuada, foram destacadas três programas informáticos, com alguns pontos comuns entre eles e com algumas especializações. A saber: Winphar, Spharm, Sifarma.

2.3.3.2.1 Winphar

Criado e desenvolvido tendo por base o *know-how* e a experiência de mais de 10 anos, o Winphar representa a inovação nos sistemas de informação para farmácias. Este programa informático permite a gestão integrada do negócio de farmácia de oficina, com análises reais das vendas, *stocks*, compras, informação fiscal e financeira além de outras funcionalidades (Winphar, 2013).

É uma ferramenta fundamental para atingir objetivos, que podem passar por fidelizar clientes, garantir *stocks* mínimos ou máximos e potenciar as vendas de um determinado produto. Desenvolvido de raiz, permite análises capazes de fomentar um crescimento sustentado do negócio das farmácias (Winphar, 2013).

Tendo em conta que o negócio de farmácia de oficina é, na atualidade influenciado por diversos fatores, é fundamental que as atualizações emanadas pelas entidades reguladoras da saúde seja disponibilizadas a tempo, o Winphar garante a informação é integrada em tempo útil, do princípio ao fim, para que nada de importante se perca (Winphar, 2013).

2.3.3.2.2 Spharm

A SoftReis é uma firma especializada na área do *software* e encontra-se implementada no mercado nacional desde 1995, sendo um parceiro tecnológico independente especializado no desenvolvimento e implementação de Sistemas Informáticos na área da Saúde. Devido à enorme diversidade na procura de soluções no mercado global da área informática, a SoftReis orienta a sua área de ação não só para a oferta de soluções globais, mas também para ações feitas à medida do cliente, onde se inclui o fornecimento de equipamentos, formação e a assistência técnica (Softreis, 2011).

O SPharm é o representante da Softreis no sector da farmácia de oficina e está vocacionado para aumentar a produtividade dos colaboradores das farmácias, reduzindo os tempos de trabalho e facilitando assim as tarefas de rotina. De utilização fácil e intuitiva, encontra-se enquadrado com a legislação em vigor e é à medida das necessidades. Das potencialidades deste sistema informático é importante realçar: a simplicidade de utilização; redução do erro humano; análise de resultados; estatísticas; gestão de *stocks*; vendas; programação de encomendas; transmissão de encomendas por *modem*; gestão de encomendas; visualização de encomendas em farmácias do grupo; eficácia; rapidez; fiabilidade; vendas artigos pendentes, entre outras (SoftReis, 2011).

2.3.3.2.3 Sifarma 2000

O Sifarma nasceu no ano 2000, é uma solução cliente\servidor, é a solução informática que a Farminveste providencia às farmácias associadas da ANF, cujo principal objetivo é ser o suporte à atividade da Farmácia de Oficina (Lança, 2013).

O Sifarma 2000 é já por si a evolução relativamente á versão inicial do Sifarma que surgiu pela primeira vez em 1986. Esta evolução surgiu na sequência da necessidade de incorporar na ferramenta informática das farmácias instrumentos de apoio ao exercício profissional do farmacêutico. Assim se o primeiro se tratava de uma aplicação com vista á gestão de *stocks* e suporte ao processo de venda, já o segundo permite ao farmacêutico ter

acesso a um conjunto muito vasto de informação científica sobre o medicamento (Lança, 2013).

As principais funcionalidades são: processo de dispensa de medicamentos e outros produtos de saúde; processo de compra de medicamentos e outros produtos de saúde (B2B incluído); gestão de *stocks*; gestão de fornecedores; gestão de receituário; processo de fim de dia (Caixa); faturação de participações a entidades; gestão de utentes; cartão de fidelização; gestão de empregados; análises diversas sobre vendas (Lança, 2013).

O Sifarma possui enormes ferramentas quer no que diz respeito à atividade farmacêutica propriamente dita, quer no que concerne a muitas ferramentas de gestão, que permitem, com a sua análise, aumentar a rentabilidade das farmácias de oficina. Para além das funcionalidades apresentadas, o Sifarma permite análises económicas muito mais rigorosas, além de permitir um melhor acompanhamento do utente e uma monitorização constante do mesmo. Uma das ferramentas com muita utilidade é a encomenda *on-line*, onde o farmacêutico pode, com um simples *click* saber se um determinado produto está disponível no armazémista e, caso seja necessário, encomendá-lo, sabendo com precisão a hora de entrega, preço e todas as informações necessárias. Outra das ferramentas fundamentais prende-se com a informação contida no Sifarma sobre contra indicações, efeitos secundários, reações adversas e interações medicamentosas que podem ser muito uteis no dia-a-dia das farmácias (Lança, 2013).

O Sifarma está preparado para a desmaterialização da receita desde o ano de 2006 (aquando do projeto piloto de Portalegre). Os organismos que interagem com o Sifarma diretamente são os sistemas da ANF, Grossistas, Industria, Entidades que participam medicamentos, PSP (Polícia de Segurança Pública), SIBS, e agora com o processo de desmaterialização da receita os SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde) e, indiretamente, o INFARMED. Neste momento, a nível nacional, cerca de 2500 farmácias utilizam o Sifarma (Lança, 2013).

Associado à solução do Sifarma as farmácias dispõem de uma rede privada (disponibilizada pela Farminveste) que lhes permite interagir com todos os parceiros anteriormente referidos. Esta rede permite que os dados transacionais das Farmácias circulem de forma encriptada. Para além destes aspetos deve-se referir que as Farmácias dispõem a nível nacional de suporte em T.I. (Hardware\Software) fornecido pela Glinntt (Lança, 2013).

2.3.3.2.4 Requisitos do *software* para receita eletrónica

Com a entrada em vigor da obrigatoriedade da prescrição eletrónica, os sistemas de informação que existem atualmente têm que sofrer algumas adaptações ou atualizações, de forma a garantir a sua adequação às necessidades impostas. Assim, as entidades singulares ou coletivas que, no exercício da sua atividade de prestação de cuidados de saúde que pretendam utilizar *software* de prescrição ou aviamento eletrónico de medicamentos, poderão fazê-lo desde que o respetivo software esteja reconhecido pela ACSS.

As particularidades dos produtos de *software* a serem utilizados nas instituições e serviços do Sistema de Saúde devem interagir com os sistemas de informação já existentes, através das plataformas existentes para o efeito e devem preencher os requisitos legais em vigor. Por questões de operacionalidade e de fiabilidade no tratamento da informação, deve ser usada uma fonte de códigos de barras C39 alfanumérica, podendo apresentar-se com

dígitos, letras e o caracter especial asterisco (*), delimitador de início e fim de código (ACSS, 2011).

No receituário médico ou na prescrição de exames complementares, o utente pode ser identificado pelo número do utente ou pelo número de beneficiário, sendo a identificação do prescriptor efetuada pelo nome e número da cédula profissional, constituído por cinco dígitos, precedido da letra M e representado pelo respetivo código de barras. Da mesma forma, o local de prescrição é registado através da designação da unidade de saúde e do respetivo código de seis dígitos, com o código de barras correspondente (ACSS, 2011).

O *software* deve garantir o acesso ao RNU (Registo Nacional de Utentes) para consulta dos dados de identificação do utente, assim como deve permitir a recolha de dados relativos à identificação do utente, nomeadamente: nome do utente; número do utente se possuir; país da nacionalidade, de acordo com a norma ISO 3166-1; sexo; data de nascimento; regimes especiais de comparticipação de medicamentos, se aplicável; isenção do pagamento de taxas moderadoras, se aplicável; outros benefícios do utente, se aplicável; número de beneficiário, entidade financeira responsável e data de validade do cartão de beneficiário ou de documento equivalente, se aplicável; tipo de documento que comprova o direito ao benefício e respetivo número identificativo, se aplicável; país da entidade financeira responsável, de acordo com a norma ISO 3166-1, se migrante (ACSS, 2011).

O produto deve ter atributos que permitam a interface com o RNU, para obtenção de dados de identificação do utente.

No que concerne à exportação e importação eletrónica de dados, este tipo de recursos informáticos devem garantir que os mesmos possam ser organizados segundo as especificações técnicas, de forma a assegurar a utilização de protocolos de mensagens normalizados e devendo salvaguardar a confidencialidade, sendo vedada a divulgação de qualquer informação relativa aos utentes, sem que estes tenham tomado conhecimento e aprovado por escrito. No tratamento e circulação deste tipo de informação, devem ser cumpridas as disposições legais em vigor. As organizações devem ter disponíveis os meios, os equipamentos e as instalações que garantam a segurança no tratamento da informação confidencial, a proteção de dados pessoais e a privacidade nas comunicações eletrónicas (ACSS, 2011).

2.3.3.3 Prescrição eletrónica

Nos últimos tempos, a prescrição eletrónica de receituário tem sido uma das ferramentas de comunicação entre médico e paciente e tem sido alvo de uma maior atenção no quadro das TIC, no contexto da saúde.

Uma das definições que pode ser encontrada para o Serviço de prescrição eletrónica consiste na criação, transmissão e receção eletrónica de prescrições de uma autoridade de prescrição (médico) a uma autoridade de distribuição (farmacêutico) (Petrakaki, Barber, & Waring, 2012).

Em Portugal este tipo de prescrição médica encontra-se atualmente numa fase de transição entre o papel e em formato eletrónico. Esta transição está alicerçada numa experiência piloto, em vigor em 33 farmácias do distrito de Portalegre (Alves, 2005).

Para tirar partido de todas as potencialidades deste sistema, a prescrição eletrónica de medicamentos é baseada no recurso às tecnologias de informação e de comunicação,

através de aplicações certificadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (Saúde, 2011).

Este sistema de informação presta um apoio fundamental à prescrição de medicamentos, permitindo uma prescrição racional de medicamentos, dando aos profissionais de saúde ferramentas para aumentar a produtividade. Este sistema permite constatar no ato de prescrição, a diferença de custos entre os medicamentos bem como as características de cada um. A prescrição eletrónica de medicamentos permite alguma racionalidade na prescrição e, paralelamente garante ao médico uma fonte de conhecimento adicional uma vez que, “no ato de prescrição, os profissionais de saúde têm conhecimento da totalidade de medicamentos introduzidos no mercado, a informação é agregada por princípio ativo e os preços dos medicamentos são disponibilizados de imediato” (ACSS).

Foi publicado a 18 de Maio de 2011 a Portaria 198/2011 que estabelece e regula o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica, assim como o regime transitório da receita manual de medicamentos. Na referida portaria, a Ordem dos Médicos procederá ao registo dos médicos que por qualquer motivo estejam excluídos da obrigatoriedade da prescrição eletrónica, cumprindo os requisitos de exclusão previstos na alínea art.º 9, nº 2, d): Outras situações de exceção estão previstas na referida portaria, como são os casos da comprovada inadaptação ou a falência do sistema informático (Médicos, 2009).

Nos casos de comprovada inadaptação, após registo na OM, o médico prescriptor poderá continuar a utilizar a prescrição manual de medicamentos, opondo na receita a menção à respetiva exceção. Nos casos de falência do sistema informático, o médico também pode continuar a prescrever medicamentos manualmente, referindo na receita a exceção correspondente (Médicos, 2009).

A prescrição eletrónica tende a ser uma ferramenta cada vez mais utilizada nos serviços de saúde, envolvendo vários níveis de complexidade, mas onde são apresentados inúmeras vantagens. Uma dessas vantagens é, por exemplo a anulação dos erros por prescrições ilegíveis. Com a prescrição eletrónica, a famosa "letra de médico", que potenciava muitas vezes a falha no ato de aviamento da receita, deixa simplesmente de existir. Para além disso, o recurso aos sistemas informatizados de prescrição de medicamentos, se associado a bases de dados, potenciam a receção instantânea por parte do médico de avisos úteis sobre interações medicamentosas, acertos nas dosagens, etc., reforçando desta forma a segurança dos utentes (Espanha, 2010).

Para um dos coordenadores adjuntos do Centro de Ambulatório do CHLN, o Dr. António Pedro Machado: “a adaptação da receita médica à forma eletrónica é o primeiro passo para a modernização da prescrição e cedência de medicamentos. No futuro, todo o processo será eletrónico, desde a prescrição e transmissão eletrónica da receita até à liquidação das comparticipações. Noutras palavras: estamos a modernizar” (Maria, 2008).

Perante este testemunho, realçam-se as vantagens óbvias para todos os intervenientes na cadeia do medicamento: médicos, farmacêuticos e utentes. A face mais visível da implementação desta medida é a anulação do erro inerente à leitura incorreta das receitas manuscritas, o que por si só justificaria o formato eletrónico. Por outro lado, a informação dirigida ao doente passa a ser mais completa com a inclusão da posologia, estando descrita de forma clara e inequívoca. Para além disso, existem algumas outras vantagens, como por exemplo a marcação da próxima consulta, que pode ser feita pelo próprio médico, no sistema informático, além de que este formato de prescrição dispensar vinhetas e carimbos,

sendo que o doente, após a consulta, pode dirigir-se para o exterior sem necessitar de mais filas de espera. Por outro lado, a renovação do receituário está muito mais facilitada para o médico, uma vez que com a utilização da aplicação tem acesso ao histórico das prescrições do doente (Espanha, 2010).

O objetivo destes sistemas é a prestação de ajuda técnica ao médico, fornecendo-lhe os dados do paciente e as informações que possam ser relevantes sobre os produtos farmacêuticos prescritos. Globalmente, estes sistemas disponibilizam oportunidades para um incremento da qualidade, reduzindo a margem de erro, melhorando a eficácia no fluxo de trabalho no setor de saúde (Ammenwerth, Schnell-Inderst, Machan, & Siebert, 2008; Miller, Gardner, Johnson, & Hripcsak, 2005). De uma forma geral, é crível que uma ampla adoção de registros médicos nos sistemas eletrónicos pode permitir poupanças nos cuidados de saúde, reduzindo os erros médicos e contribuindo para o melhoramento da saúde (Hillestad et al., 2005).

Os vários intervenientes na problemática, tais como os especialistas de saúde, os decisores políticos, os contribuintes e os consumidores olham para as tecnologias de informação de saúde, os registros de saúde eletrónicos e sistemas computadorizados de fornecedores, como algo necessário e fundamental para metamorfosear a indústria de cuidados de saúde. Um dos pilares basilares da prestação de cuidados de saúde é, indubitavelmente a gestão da informação. Devido à natureza fracionada da assistência à saúde, o volume elevado de transações nos sistemas, a premência da integração de novos conhecimentos científicos assim como outras atividades de gestão de informação complexas, assim como as limitações do papel, fazem com que a gestão alicerçada na informação seja, clara e evidente (Shinyi Wu, 2006).

A literatura disponível sobre as tecnologias da informação na saúde tem vindo a publicar vários resultados relevantes, demonstrando que a estas tecnologias estão associados benefícios como a qualidade e a eficiência, assim como algumas limitações quanto à generalização e dados empíricos sobre os custos. Alguns estudos comprovam que a implementação de um sistema multifuncional pode trazer benefícios reais em termos de prestação de cuidados de saúde, com base em aumentos de diretrizes, com particular incidência no domínio da saúde preventiva, na monitorização melhorada das atividades de vigilância, na redução de erros de medicação e na diminuição das taxas de utilização de cuidados potencialmente redundantes ou inadequados (Shinyi Wu, 2006).

Um sistema semelhante encontra-se em fase de implementação em alguns países da Europa, designado de *e-Prescription* (prescrição eletrónica). Este sistema está associado ao programa epSOS, que tem como objetivo proporcionar o intercâmbio transfronteiras de dados pessoais de saúde (epSOS, 2012c). A prescrição eletrónica de serviço prevê a geração, por parte do médico, de uma receita por meio de um *software* e sua transmissão eletrónica para o farmacêutico (epSOS, 2012a).

Em geral, um serviço de prescrição eletrónica deve assentar em duas vertentes distintas: a prescrição (*ePrescribing*) e a distribuição eletrónica (*eDispensing*) (epSOS, 2012b): a *ePrescribing* é definida como a prescrição eletrónica de medicamentos com recurso à utilização de um *software* específico, por um profissional de saúde legalmente autorizado para a transmissão eletrónica dos dados de prescrição para a farmácia onde o medicamento pode, então, ser distribuído; a *eDispensing* é definida como a recuperação eletrónica de uma receita, ou seja a dispensa do medicamento ao paciente, tal como indicado na prescrição eletrónica correspondente. Uma vez que o medicamento foi distribuído, o

dispensador reporta essa informação. No caso de o utente ser de outro país, este sistema prevê o envio eletrônico de informações sobre medicamentos dispensados pelo farmacêutico para o sistema que gere o prontuário eletrônico do paciente no país de origem.

A interoperabilidade de prescrição eletrônica é, portanto, essencial para que a exigência feita no país de residência do paciente e os desejos deste no intuito de obter os medicamentos que necessita num país estrangeiro, seja bem-sucedida (epSOS, 2012a).

As receitas eletrônicas epSOS transmitidas eletronicamente às farmácias, nos países parceiros epSOS contêm as receitas eletrônicas atualmente disponíveis para os medicamentos, ou seja, todas as prescrições que também poderiam ser dispensadas no país de origem do paciente naquele momento. Se um produto médico prescrito não está disponível no exterior, o farmacêutico pode, dependendo das circunstâncias, dispensar um tamanho ou tipo de embalagem diferente de um produto comparável/semelhante ao paciente. Os países em que se encontram em fase piloto são: Espanha, Itália, Grécia, Suécia, Finlândia e Eslováquia (epSOS, 2012b).

2.3.3.3.1 Casos de estudo

Neste ponto é importante fazer um paralelismo entre a nossa situação e a situação onde países onde este processo está implementado ou em vias de implementação. Assim analisaremos países do Continente Europeu, nomeadamente a Inglaterra, Suécia e Dinamarca e por fim examinaremos os Estados Unidos da América.

i. Dinamarca

Em 1994, a Agência Dinamarquesa de Medicamentos criou o Banco de Dados Nacional de Prescrição (NPD). O NPD contém dados sobre todas as prescrições e os dados são ligados aos cidadãos através do número único de registro dinamarquês pessoal, um número de identificação pessoal dez dígitos (Frank, 2000; Hallas, 2001).

Dez anos depois, a mesma agência introduziu o "perfil eletrônico de medicina pessoal" (PEM). O PEM é, em todo o país, uma ferramenta *on-line* armazenada com segurança para a prescrição eletrônica e monitorização eletrônica de medicina. É baseada na NPD (*Danish Medicines Agency*) - Agência Dinamarquesa de Medicamentos, que tem como objetivo garantir que os medicamentos utilizados na Dinamarca são de qualidade satisfatória, são seguros de usar e têm o efeito desejado - e oferece aos pacientes, médicos e farmácias uma visão geral individualmente, com base em todos os medicamentos prescritos e dispensados. Além disso, a PEM contém uma representação gráfica da adesão ou não-adesão à terapêutica prescrita, calculada por doses diárias, número de comprimidos comprados, e o tempo esperado para nova dispensa (Harbig, Barat, Lund Nielsen, & Damsgaard, 2012).

ii. Inglaterra

Um sistema semelhante encontra-se também implementado na Inglaterra, o EPS (*electronic prescription service* – Serviço de prescrição eletrônica), que foi iniciado em 2005 como parte do Programa Nacional do Reino Unido para a TI (NPfIT), emitido pelo Departamento de Agência de Saúde, Conexão de Saúde (CFH). O EPS significa a informatização e automatização da distribuição e processo de reembolso, que foram, até a sua introdução, manipulados manualmente. As tecnologias de informação têm sido cada

vez mais utilizadas nas farmácias na Inglaterra desde a década de 1990, principalmente para fins de entrada de dados e menos para a recuperação da informação (McDonald, Cheraghi-Sohi, Sanders, & Ashcroft, 2010).

O EPS, como um mediador tecnológico, é dependente de uma infraestrutura central, “Espinha Dorsal” que contém informações demográficas dos doentes, um resumo do registro e dos dados utilizados para fins analíticos. As prescrições eletrônicas são enviadas para a espinha dorsal pelos médicos, armazenadas e, em seguida, transferidas para os farmacêuticos. Uma vez dispensadas, a informação vai eletronicamente para a autoridade de reembolso de pagamento. A coluna vertebral é apoiada por um manipulador de mensagem eletrônico e um corretor que integra e garante a coerência das mensagens que estão a ser trocadas. Um pré-requisito para aceder a essa coluna vertebral é a utilização de um sistema EPS compatível e uma autorização de acesso baseada em funções (por meio de cartões inteligentes) (Petrakaki et al., 2012).

Os sistemas de prescrição e dispensação são produzidos por empresas de *software* que configuraram os seus produtos de acordo com as especificações definidas e testados para se tornarem compatíveis com EPS. Os sistemas também estão de acordo com o Dicionário de Medicamentos e Dispositivos (MS & D), que é um banco de dados de medicamentos que uniformiza a forma em que os medicamentos são definidos e, conseqüentemente, prescritos, transferidos eletronicamente e dispensados e reembolsados através do processo de prescrição eletrônica (Petrakaki et al., 2012).

Este sistema foi concebido na Inglaterra como um projeto que traria benefícios consideráveis aos farmacêuticos, tais como eficiência económica, redução de erros, processo de distribuição mais rápido, acesso mais rápido à informação e economia de tempo (Health, 2008).

iii. Suécia

As organizações de saúde e operações de farmácia são executados e controlados por diferentes organizações na Suécia. A introdução de um Sistema Eletrónico de Prescrição Integrado (IEPS) foi um esforço conjunto entre hospitais, centros de cuidados de saúde primários, e a empresa sueca de farmácias nacionais, já em 1993. Em 2007, 68% de todos os pedidos de medicamentos nos serviços de saúde suecos foram transmitidos eletronicamente a partir de consultórios médicos e enfermarias para as farmácias (Rahimi, Vimarlund, Mokhtari, & Timpka, 2009).

Nos Sistemas de Prescrição Eletrónica Integrados (IEPS) suecos, uma e-prescrição é iniciada localmente através de uma rede distribuída de prescrição eletrónica. Apenas os médicos prescritores e o pessoal das farmácias nacionais certificados têm acesso às prescrições carregadas no sistema. Para gerar uma e-prescrição, o médico indica o nome do paciente, o número de segurança social, nome do medicamento e a dosagem. Cada receita é então transmitida através de uma rede segura para uma caixa de correio nacional de prescrição eletrónica na farmácia nacional (Rahimi et al., 2009).

Os pacientes podem escolher qualquer farmácia em toda a Suécia para recolher a sua medicação. Na farmácia, o farmacêutico coloca o número de segurança social do paciente no sistema. Se uma nova e-prescrição foi gravada no sistema, um ícone que sinaliza a nova prescrição é realçado. Depois de marcar o ícone da prescrição selecionada, o farmacêutico pode fiscalizar todos os outros medicamentos tomados pelo paciente, antes de administrar a receita real no IEPS (Rahimi et al., 2009).

iv. EUA

Nos Estados Unidos também é utilizado um sistema de prescrição eletrónico (*E-prescribing*). Devido às especificidades da proteção social dos Estados Unidos, assente essencialmente em seguros de saúde individuais, a utilização das prescrições eletrónicas funcionam de forma ligeiramente diferente, consistindo no uso de um computador ou de outro aparelho compatível, com um *software* específico, que permite que prescritores, com o consentimento do paciente, acedam eletronicamente a informações sobre a cobertura do paciente, benefício dos medicamentos e historial de medicação. Este sistema permite também transmitir eletronicamente a prescrição para a farmácia da escolha do paciente; receber solicitações de renovação de prescrições transmitidas eletronicamente de uma farmácia, quando o paciente esgota a medicação; apoiar o processo de gestão da medicação - prescrever, transmitir, distribuir, administrar, monitorizar. As interações medicamentosas e as drogas utilizadas para tratamento e controle das alergias também são suportados pela maioria, se não todos, os sistemas de e-prescrição (Association, 2011).

Ou seja a prescrição eletrónica é a utilização de um sistema automatizado de dados de entrada, com o intuito de gerar uma receita médica, que é então transmitida através de uma rede especial para a farmácia, de tal forma que os dados vão diretamente para o computador do sistema da farmácia, não podendo ser confundido com um simples *e-mail* ou fax eletrónico (Association, 2011).

A utilização da prescrição eletrónica potencia algumas vantagens, nomeadamente (Association, 2011): reduz os potenciais efeitos adversos a medicamentos; reduz os custos de algumas drogas através do cumprimento do formulário de prescrição, incentivando o uso de medicamentos genéricos e de outros medicamentos alternativos de baixo custo; habilita os utentes no sentido da transmissão de informações aos prescritores que podem a uma maior qualidade e melhor experiência do paciente - alertas de receituário, alertas de segurança, lembretes de adesão, as lacunas nos alertas de cuidados; sensibilizam os médicos para a comunicação aos pacientes de informação relevantes para o historial clínico, envolvendo assim o paciente nos cuidados de saúde - condição e educação terapêutica, educação adesão à medicação, lembretes de cuidados; economiza tempo na prática diária e na farmácia; o tempo gasto na gestão de renovações de prescrição é significativamente reduzido; as questões relacionadas com o receituário, a substituição por genéricos, posologia e legibilidade são reduzidos; a adesão à terapêutica é melhorada.

Num pequeno resumo, ao eliminar o papel, a e-prescrição cria um processo mais célere, eficiente e seguro, quer para os médicos, quer para os pacientes. Estes processos eletrónicos ajudam a prevenir e, em alguns casos, eliminar, as principais razões para os erros de prescrição ou aviamento, incluindo a ilegibilidade da escrita à mão, a dosagem incorreta, as reações adversas, as alergias medicamentosas, melhorando a segurança do paciente e ajudando a controlar os custos de medicamentos cada vez com mais eficácia. A E-Prescrição capacita mais a tomada de decisão, tornando a informação disponível no ponto onde as decisões de prescrição são efetuadas e disponível para quem possa a elas aceder (Rheumatology, 2013).

2.4 Conclusão

É indubitável que a criação do SNS se revelou uma enorme mais-valia para os portugueses, contribuindo de maneira significativa para a melhoria das condições sanitárias da população, promovendo a saúde pública, garantindo mais e melhor saúde para todos,

independentemente da sua situação socioeconómica. No entanto, a sua génese, universal e gratuita, acarretou custos enormes para o estado português. Com a evolução da economia, o sistema do Serviço Nacional de Saúde foi evoluindo, de forma contranatura, perdendo a sua gratuidade e tendência universal, sendo nos dias que correm, tendencialmente gratuita. Cada vez menos.

Num sistema complexo como o a saúde, apesar dos avanços significativos realizados ao longo dos últimos anos, continuam a existir algumas falhas que importa mitigar, com particular incidência no acompanhamento e monitorização da saúde mental, assim como na prescrição de medicamentos para uso em doenças mentais. A esse respeito, existem várias recomendações, quer internas, quer emanadas pela União Europeia, que, se aplicadas, potenciariam um melhor acompanhamento da saúde mental. No entanto, a aplicabilidade dessas medidas esbarra em dois fatores fundamentais: a complexidade do sistema e a falta de recursos económicos.

Uma das formas de suprimir ou minorar estas falhas será, indubitavelmente a utilização dos sistemas de informação, tirando o máximo partido destas novas tecnologias.

É porventura consensual que, criada a infraestrutura que funcione como base do sistema de informação, se torne espectável que, num futuro próximo, esta estrutura evolua, e possam ser obtidas desta forma algumas vantagens no que concerne à continuidade e melhoria dos cuidados entre instituições, promovendo a partilha de informação em tempo real.

É inegável que o SNS tem amplificado os esforços com o intuito de criar as condições necessárias para que os de cuidados de saúde possam usufruir de padrões mais elevados de qualidade, tendo em vista a otimização do binómio custo/eficácia nos cuidados prestados. Mas, o que muitas vezes sucede, é que a eficácia não é aplicada por ter um custo demasiado elevado.

Para potenciar o alcance destas medidas de forma a atingir os objetivos propostos, torna-se imprescindível assegurar que as instituições de saúde possam dispor de mecanismos que possibilitem avaliar sistematicamente os cuidados prestados, assim como a utilização dos recursos disponíveis e dos parâmetros de qualidade, durante todo o processo.

O recurso cada vez mais usual e crescente às tecnologias de informação e comunicação, aplicadas à saúde é cada vez mais uma realidade no nosso país. O crescimento desta tendência para o uso das novas ferramentas tecnológicas tem sido evidenciado pelo potencial das mesmas, e esta evidência tem sido promovida e estimulada pelo próprio SNS.

No entanto, este fenómeno tecnológico não é característico de Portugal. Estudos efetuados (Ammenwerth, Iller, & Mahler, 2006), evidenciaram de forma clara e inequívoca a necessidade premente e global que tecnologias de informação e comunicação na área da saúde acrescentariam um apoio fulcral à área, afirmando que a introdução das TIC afetariam de forma radical as organizações de cuidados de saúde e a prestação e o resultado dos cuidados de saúde.

É um dado adquirido que a utilização das modernas TIC fornecem um manancial de oportunidades, apoiando os profissionais de saúde e aumentando a eficiência, eficácia e adequação dos cuidados. Mas, um mesmo sistema de TI pode ser encarado como um sucesso por um determinado grupo profissional ou departamento, mas, no entanto pode assumir contornos problemáticos para outro departamento ou grupo profissional. São vários os fatores que, interligados podem influenciar o sucesso ou fracasso das TI. O que é

observável é que, em qualquer caso, os efeitos objetivos dos sistemas de TI podem variar amplamente, conforme o contexto e a sua aplicabilidade.

Por isso, torna-se fundamental, em primeiro lugar entender as dinâmicas e características específicas de um determinado país e a sua realidade nacional, de forma a ser analisado o que já foi utilizado, para depois, numa segunda fase, instrumentalizar um novo planeamento e implementar as ferramentas necessárias para a otimização dos recursos, preenchendo as lacunas e potencializando os recursos das TI ao serviço dos cuidados de saúde.

Capítulo 3

3 Comparticipação de medicamentos

Este é indubitavelmente o capítulo mais volátil desta dissertação, em virtude das sucessivas alterações na comparticipação de medicamentos. Neste capítulo, faremos uma abordagem incisiva sobre a comparticipação de medicamentos em ambulatório, com particular destaque para os medicamentos utilizados no foro mental.

Neste capítulo, face à conjuntura atual, faremos um paralelismo entre a crise e as doenças mentais. Apresentaremos uma função de custos para o Estado, onde conjuntamente com um modelo prático iremos demonstrar que a diminuição das comparticipações poderá resultar num abandono da terapêutica por parte de alguns doentes, com incremento dos custos suportados pelo Estado.

Este capítulo estará no cerne da implementação dos sistemas de informação, admitindo-se que, uma vez controlada a prescrição e racionalizado o uso de medicamentos, pode ser possível aumentar a comparticipação, por via da poupança conseguida através da implementação do sistema, com inegáveis benefícios no que concerne à monitorização dos doentes mentais.

3.1 Doenças do foro mental

“As perturbações da saúde mental (psiquiátricas) compreendem as alterações do pensamento, das emoções e do comportamento. Estas perturbações são causadas por interações complexas entre as circunstâncias físicas, psicológicas, socioculturais e hereditárias” (Merck, 2009a).

As próximas subsecções são destinadas à explicação de algumas doenças mentais, para que melhor se entenda como é que estes transtornos mentais afetam a vida humana, fornecendo assim profundidade e relevância a um melhor acompanhamento da doença mental, uma vez que esta atinge pessoas de qualquer idade, género, raça e estatuto.

Por fim iremos relacionar as doenças mentais com a crise, para que se possa entender qual o efeito das crises económicas na saúde mental das pessoas.

3.1.1 Doenças

Existem vários tipos de doenças mentais, entre as quais: psicose, perturbações psicossomáticas; perturbações somatoformes; ansiedade; depressão e mania; comportamento suicida; alterações do apetite; perturbações sexuais e psicosssexuais; perturbações da função sexual; alterações da personalidade; perturbações dissociativas; esquizofrenia e delírio; dependência e toxicomania e Alzheimer.

3.1.1.1 Psicose

Psicose consiste em “qualquer doença mental, ou seja é um transtorno mental caracterizado por desintegração da personalidade, conflito com a realidade, alucinações, ilusões, entre

outros. Em termos psiquiátricos pode ser considerado um distúrbio mental grave, como a esquizofrenia ou a paranoia” (Houaiss & Villar, 2003b, p. 3015).

A psicose é um fenómeno geral que pode surgir a partir de patologias tais como a esquizofrenia ou mania (Kaplan, Sadock (2009), cit em Mota et al., 2012). Os diferentes transtornos mentais presentes em tais condições são manifestados por perturbações na estrutura normal da linguagem. O diagnóstico diferencial da psicose depende de perturbações da fala específicas que só podem ser detetadas por examinadores bem formados (Mota et al., 2012). Há mais de um século, a entrevista psiquiátrica tem sido a principal ferramenta para o diagnóstico da doença mental (Grinker, 2010). Os sintomas são detetados pela análise qualitativa do corpo e da linguagem verbal empregada para informar sobre fatos quotidianos (Mota et al., 2012).

Convém ressaltar, que se trata de patologias graves, cujo tratamento não visa a cura (porque em muitas situações não é possível) mas apenas a estabilização do doente, com vista a integrá-lo o melhor possível na vida em sociedade. É importante também referir que o estigma que existe associado às doenças do foro mental e a discriminação sofrida por estes doentes, que continuam a ser fenómenos bastante frequentes na nossa sociedade são instigadores de exclusão social. Por isso, só medicação não é suficiente, é necessário todo um suporte extra.

3.1.1.2 Ansiedade

O medo ocorre com o reconhecimento de uma ameaça externa, sendo assim uma resposta emocional, fisiológica e do comportamento. Já a ansiedade é um estado emocional desagradável, possuindo uma causa pouco clara e é frequentemente acompanhado por alterações fisiológicas e de comportamento semelhantes às causadas pelo medo. Devido às semelhanças existentes entre estes dois termos, por vezes utilizam-se de forma indistinta (Merck, 2009d).

A ansiedade funciona como uma resposta ao stress, como a interrupção de uma relação importante ou a exposição a uma situação de desastre que leve a perigo de vida. Outra teoria afirma que a ansiedade pode também ser uma reação a impulsos reprimidos, agressivos ou sexuais, que ameaçam extravasar das defesas psicológicas que, habitualmente os mantêm sob controlo. Em suma, a ansiedade aponta para a existência de um conflito psicológico (Merck, 2009d).

As principais posições teóricas, que vão desde a psicanálise freudiana ao existencialismo, descrevem a ansiedade como uma característica central (por vezes a característica central) de distúrbios comportamentais (Friman, Hayes, & Wilson, 1998).

3.1.1.3 Depressão e Mania

No que diz respeito às perturbações de humor, a depressão e a mania representam os dois pólos opostos. As perturbações do humor são doenças psiquiátricas que correspondem a alterações emocionais caracterizadas por períodos prolongados de depressão ou de euforia (mania) excessivos. Este tipo de perturbações é também denominado de perturbações afetivas (afetivo significa o estado emocional expresso através de gestos e de expressões faciais) (Merck, 2009f).

Apesar de 25 % a 30 % das pessoas, durante a sua vida, sofrerem de alguma perturbação excessiva do humor, só cerca de 10 % têm uma perturbação suficientemente relevante para

requerer cuidados médicos. Destes 10%, um terço tem depressão de longa duração (crónica) e a maior parte dos restantes tem episódios recorrentes de depressão, estas depressões crónicas e recorrentes denominam-se unipolares. Cerca de 2 % da população apresenta uma situação conhecida como doença maníaco-depressiva ou perturbação bipolar, onde alternam períodos de depressão com outros períodos de mania ou então com períodos de hipomania (mania menos intensa) (Merck, 2009f).

A depressão consiste num sentimento de tristeza intenso que pode suceder após uma perda recente ou através de outro facto triste, mas é díspar no que diz respeito à importância do facto e persiste para além de um período fundamentado. Na linguagem corrente, o termo depressão, tem sido utilizado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s) (Porto, 1999).

Como sintoma, a depressão pode surgir de vários quadros clínicos, entre os quais: transtorno de stress pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, entre outras. Pode ainda ocorrer como resposta a situações stressantes, ou a circunstâncias sociais e económicas adversas. Enquanto síndrome, a depressão abrange não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma variedade de outros aspetos, dos quais alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) (Porto, 1999).

Finalmente, enquanto doença, a depressão assume várias classificações, consoante a dependência do período histórico, a preferência dos autores e o ponto de vista adotado. Na literatura atual, nos quadros mencionados encontram-se: transtorno depressivo major, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, entre outros (Porto, 1999).

Segundo Schmidt (2005) as depressões maiores e menores são as duas formas mais comuns de doença depressiva aguda.

O transtorno depressivo major ou depressão major é caracterizado por uma combinação de sintomas que interferem com a capacidade de uma pessoa para trabalhar, dormir, estudar, comer, e desfrutar de algumas atividades. A depressão major é incapacitante e impede o funcionamento normal de uma pessoa. Algumas pessoas podem vivenciar um único episódio na sua vida, enquanto outras pessoas podem ter vários episódios (NIH, 2011).

Por outro lado a depressão menor é caracterizada pela presença de sintomas com a duração de duas semanas ou mais, que não satisfaçam todos os critérios para uma depressão major. Sem tratamento, as pessoas com depressão menor podem desenvolver um transtorno depressivo major (NIH, 2011).

A depressão, depois da ansiedade, é a perturbação psiquiátrica mais frequente. Estima-se que cerca de 10 % das pessoas que procuram um médico para tentar resolver um problema físico sofrem na realidade de depressão. Um episódio de depressão dura habitualmente de 6 a 9 meses, mas em 15 % a 20 % dos doentes dura 2 anos ou mais. Os episódios tendem geralmente a repetir-se várias vezes ao longo da vida (Merck, 2009f).

A depressão constitui um marcante problema de saúde pela sua frequência, repercussão física, psicológica, social, laboral e, consequentemente, económica. Esta patologia está associada a episódios de longa duração, altas taxas de cronicidade, recaídas e a elevada morbi-mortalidade, uma vez que os pacientes com formas graves apresentam um risco de morte por suicídio. O problema de identificar e tratar os casos de depressão é importante para a qualidade de vida e produtividade dos doentes e para o plano económico do país,

uma vez que os pacientes não corretamente tratados representam um maior custo, quer em gastos com medicação, quer com o absenteísmo laboral.

Por outro lado a mania caracteriza-se por uma atividade física excessiva e por sentimentos de euforia extremos que são muito desproporcionados relativamente a um qualquer acontecimento positivo. A hipomania é uma forma leve de mania (Merck, 2009f).

O humor e as funções vegetativas, como sono, cognição, psicomotricidade e nível de energia são afetados pela mania. Numa ocorrência de um episódio maníaco clássico, o humor é expansivo ou eufórico, a necessidade de sono diminui, ocorre um aumento de energia para atividades dirigidas a objetivos (por exemplo, o paciente inicia vários projetos ao mesmo tempo), para atividades prazerosas, da libido, além de inquietação e até mesmo agitação psicomotora. Nestes casos o pensamento torna-se mais rápido, podendo mesmo evoluir para uma fuga de ideias. O discurso é caracterizado por prolixidade e pressão para falar, sendo que as ideias costumam ser de grandeza, podendo mesmo ser delirantes. Normalmente o lado crítico é prejudicado e os juízos de valor emitidos afastam-se da realidade do paciente (Moreno, Moreno, & Ratzke, 2005).

Para diagnosticar, a maior dificuldade ocorre nos episódios em que há irritabilidade, ideias delirantes, agitação psicomotora e sintomas depressivos com labilidade afetiva. Quando os sintomas depressivos estão presentes em grande quantidade, o quadro clínico é denominado de episódio misto ou de depressão agitada (Moreno et al., 2005).

A hipomania é um estado semelhante à mania, porém mais leve. Normalmente é breve, tendo uma duração de menos de uma semana. Em pacientes com hipomania ocorre uma mudança no humor habitual para euforia ou irritabilidade, além de hiperatividade, tagarelice, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, da atividade física, da iniciativa, de atividades prazerosas, e da impaciência. Em casos de hipomania o prejuízo que o paciente sofre não é tão intenso quanto o da mania. A hipomania não apresenta sintomas psicóticos, nem requer hospitalização (Moreno et al., 2005).

A alternância de períodos de depressão, com períodos de mania ou de algum grau menor de excitação, é denominada de doença maníaco-depressiva, também chamada perturbação bipolar (Merck, 2009f).

O transtorno bipolar não é tão comum como a depressão major ou como a distímia. O transtorno bipolar é caracterizado por alterações de humor com níveis extremamente altos (por exemplo, mania) até níveis extremamente baixos (por exemplo, depressão). É uma desordem cerebral que causa mudanças incomuns no humor, na energia, nos níveis de atividade, e na capacidade de realização do dia-a-dia. Os sintomas do transtorno bipolar são graves, pois podem resultar em relacionamentos danificados, trabalho ou desempenho escolar pobre, e até mesmo em suicídio. Mas este transtorno bipolar pode ser tratado e as pessoas com esse tipo de doença podem levar uma vida plena e produtiva (NIH, 2008).

Porque um diagnóstico bipolar requer um episódio de mania ou hipomania, muitos pacientes são inicialmente diagnosticados e tratados como tendo uma depressão maior (Muzina, Kemp, & McIntyre, 2007).

Este tipo de doença afeta menos de 2 % da população, tendo uma componente hereditária, embora se desconheça o defeito genético exato. A doença maníaco-depressiva afeta tanto homens como mulheres, na mesma proporção, e habitualmente começa entre os 10 e os 40 anos (Merck, 2009f).

3.1.1.4 Comportamento suicida

O comportamento suicida inclui os gestos suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. São denominados gestos suicidas os planos de suicídio e as ações que têm poucas possibilidades de levar à morte. Por outro lado as ações suicidas com intenção de morte, mas que não atingem o seu propósito, chamam-se tentativas de suicídio. Determinadas pessoas que tentam suicidar-se possuem sentimentos contraditórios no que diz respeito à morte e a tentativa de suicídio pode falhar, porque é, na realidade, um pedido de ajuda combinado com um forte desejo de viver. Por último, um suicídio consumado tem como resultado a morte (Merck, 2009e).

O suicídio é um importante problema de saúde pública global. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um milhão de pessoas cometeram suicídio, e 10-20 vezes esse número tentou suicídio em todo o mundo em 2000. Globalmente, o suicídio é uma das três principais causas de morte entre as pessoas com idades entre 15-34 anos e as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos (Li, Li, & Cao, 2012).

3.1.1.5 Esquizofrenia e delírio

A esquizofrenia e o delírio são perturbações distintas que podem partilhar certas características, como a paranoia, a desconfiança e o pensamento irreal. No entanto, a esquizofrenia é uma perturbação mental grave e relativamente frequente associada à psicose (perda de contacto com a realidade) e à diminuição no desenvolvimento geral de funções. Em contrapartida, a perturbação delirante é mais rara e causa uma incapacidade parcial ou mais circunscrita (Merck, 2009g).

A esquizofrenia é ainda uma das doenças mentais mais misteriosas e mais caras em termos de sofrimento humano e das despesas sociais (Os & Kapur, 2009). É caracterizada por uma perda de contacto com a realidade (psicose), alucinações, delírios (crenças falsas), pensamento anormal e alteração do funcionamento social e laboral (Merck, 2009g).

Já o delírio caracteriza-se pela presença de uma ou mais crenças falsas que persistem pelo menos durante um mês (Merck, 2009g). Consiste numa perturbação mental marcada pela desorientação e pelo pensamento confuso em que o paciente compreende incorretamente o que o rodeia. A pessoa delirante é sonolenta, inquieta, e possui um medo de desastres imaginários, podendo também sofrer alucinações (Emery & Shepphird, 2013).

O delírio, ao contrário da esquizofrenia, é relativamente pouco frequente e o funcionamento da pessoa está menos alterado. Esta perturbação, normalmente atinge pela primeira vez as pessoas na meia-idade ou em idade avançada (Merck, 2009g).

3.1.1.6 Demência

A demência é um declínio gradual da capacidade mental onde a memória, a reflexão, o juízo, a concentração e a capacidade de aprendizagem estão reduzidos e pode produzir-se uma deterioração da personalidade (Merck, 2009b).

Pode aparecer inesperadamente em pessoas jovens, onde as células cerebrais são destruídas por uma lesão grave, uma doença ou certas substâncias tóxicas (como o monóxido de carbono). Contudo, a demência desenvolve-se, normalmente, de forma lenta e afeta a população com mais de 60 anos. Esta doença traduz uma deterioração muito mais grave da capacidade mental e vai piorando com o tempo. Enquanto as pessoas que envelhecem

podem esquecer pormenores, as pessoas que sofrem de demência podem esquecer por completo os acontecimentos recentes (Merck, 2009b).

A causa mais frequente de demência é a doença de Alzheimer (Merck, 2009b), já a segunda maior causa de demência, é a demência vascular (Kalaria et al., 2008; Román, Erkinjuntti, Wallin, Pantoni, & Chui, 2002).

A doença de Alzheimer é uma doença degenerativa, incurável, atualmente, mas que possui tratamento (Institute, 2006). O tratamento possibilita melhorar a o nível de saúde, retardar o declínio cognitivo, tratar alguns sintomas, controlar as alterações de comportamento e proporcionar conforto e qualidade de vida ao doente e à sua família.

Foi descrita, pela primeira vez, pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer, em 1906, de quem herdou o nome (Berchtold & Cotman, 1998). Atinge 1% dos idosos entre 65 e 70 anos mas sua prevalência aumenta exponencialmente com os anos sendo de 6% aos 70, 30% aos 80 anos e mais de 60% depois dos 90 anos (Bermejo-Pareja, Benito-León, Vega, Medrano, & Román, 2008).

Na maioria das vezes, o Alzheimer é diagnosticado em pessoas com mais de 65 anos de idade (Brookmeyer, Gray, & Kawas, 1998), apesar de a doença poder ter um início mais precoce, podendo ocorrer muito mais cedo. Em 2006, havia 26,6 milhões de pessoas que sofriam desta doença em todo o mundo (Brookmeyer, Johnson, Ziegler-Graham, & Arrighi, 2007).

Neste tipo de doença, partes do cérebro degeneram, as células destroem-se e, nas que subsistem, reduz-se a capacidade de reação face a muitas das substâncias químicas que transmitem os sinais no cérebro (Merck, 2009b).

Embora a doença de Alzheimer se desenvolva de maneira diferente em cada indivíduo, há muitos sintomas comuns. Nos estágios iniciais, o sintoma mais comum é a dificuldade em recordar eventos recentes. Conforme o avanço da doença, os sintomas podem abranger confusão, irritabilidade e agressividade, alterações de humor, problemas com a linguagem, e a longo prazo perda de memória, acabando o doente, muitas vezes, por afastar-se da família e da sociedade (Tabert et al., 2005; Waldemar et al., 2007). Gradualmente, as funções corporais são perdidas, levando a morte.

Como o Alzheimer não pode ser curado e é degenerativa, o doente depende de outros para o auxiliar, sendo o papel do cuidador principal tomado, frequentemente, pelo cônjuge ou um então por um parente próximo (Institute, 2006). A doença de Alzheimer é conhecida por colocar uma grande pressão e carga de trabalho sobre quem cuida deste tipo de doentes, sendo que as pressões podem ser abrangentes, envolvendo elementos sociais, psicológicos, físicos e económicos de vida deste (Murray, Schneider, Banerjee, & Mann, 1999; Schneider, Murray, Banerjee, & Mann, 1999; Thompson et al., 2007). Nos países desenvolvidos, o Alzheimer é uma das doenças mais onerosas para a sociedade (Meek, McKeithan, & Schumock, 1998).

A demência vascular é um conceito que surgiu no final dos anos 80 para designar o quadro demencial decorrente de doença cerebrovascular (Loeb, 1988, cit em Engelhardt et al., 2011). Demência como normalmente se define é uma síndrome caracterizada por um défice progressivo nas funções cognitivas, com uma maior ênfase na perda de memória, interferindo com as atividades sociais e ocupacionais (Román, 2002).

Os pacientes com este tipo de doença raramente apresentam o sintoma de demência típica de perda de memória, mas sim um tipo subcortical da síndrome demencial em que o principal sintoma é o comprometimento da função executiva ou múltiplas funções cognitivas deficitárias (Román, 2002).

A característica básica da doença vascular, de acordo com os critérios diagnósticos (DSM-IV), CID-10-CDP, é o desenvolvimento de comprometimento cognitivo em múltiplos domínios, que inclui falta de memória (amnésia) e deficiência de um ou mais transtornos cognitivos, como afasia, apraxia, agnosia ou disfunção executiva, que provavelmente causam grandes dificuldades no decorrer do trabalho ou em atividades habituais e representam um declínio considerável no que concerne a um nível prévio de funcionamento (Engelhardt et al., 2011).

A doença vascular é a mais prevalente entre as demências secundárias, ocupando o segundo lugar entre todos os quadros demenciais, depois da doença de Alzheimer, sobretudo na faixa senil (Kalaria et al., 2008; Román et al., 2002). Em termos globais, a estimativa é de 15-20%, sendo de 2% na população de 65-70 de idade e de 20-40% na população acima dos 80 anos de idade (Engelhardt et al., 2011).

3.1.2 Crise e as doenças mentais

O ser humano é propenso à crise. A crise, que sob algumas perspectivas, pode ser um estágio que envolve determinados conflitos, que urge resolver. Durante a nossa vida, temos que resolver crises e cada um nós, terá que aprender a lidar com esses conflitos, de forma a debelar estas pequenas carências naturais. À medida que vamos resolvendo essas crises, vamos crescendo como pessoas, definindo a nossa identidade e personalidade, tornando-nos cada vez mais fortes.

A história evidencia que o ser humano nada mais é do que um animal com impulsos e instintos reprimidos, e que nos períodos de crise, enquanto alguns procuram ajudar os seus semelhantes, outros aproveitam-se e tornam-se feras predadoras completamente irracionais. São estas pequenas ações que constroem ou destroem o mundo à nossa volta. E a omissão continua a ser uma forma de aceitação, pois permite que as coisas aconteçam. Silenciar-se perante a injustiça ou perante a corrupção, é implicitamente aceitá-la. O que em outras palavras é o mesmo que praticá-la.

E o Homem, perante a adversidade, tem uma enorme tendência para baixar os braços e desistir. É sempre mais fácil procurar desculpas, do que encontrar uma solução. São estes comportamentos que levam à depressão, e em algumas situações, a doenças muito mais profundas, do foro neurológico. Um fator potenciador destas crises humanas é indubitavelmente a crise económica.

3.1.2.1 Trabalho e depressão

“Um bom emprego é sem dúvida uma das melhores estratégias de promoção da saúde” (Richard Price, cit em Gomes, 2003).

O interesse psicossocial no desemprego remonta aos estudos clássicos concretizados durante a depressão, em tempos de guerra ou entre guerras (Strandh, 2000). O desemprego vem sendo tratado como um problema económico mas as suas consequências psicológicas vão muito além da perda de fonte de rendimento (Winefield, 2002).

Existe uma ligação quase umbilical entre o desemprego e as depressões ou a saúde mental, que pode ser abordada no sentido positivo do trabalho para cada indivíduo. As atividades de trabalho estruturam o tempo das pessoas. A vida de um indivíduo é organizada em função do tempo de trabalho que cada um tem, sendo o restante tempo disponível distribuído pelas restantes atividades. Alguns estudos (Jahoda, 1979, 1981, 1982; Furnham & Lewis, 1986; Ripoll, Rodríguez & Peiró, 1996, cit em Carochinho, 2009) referem o desemprego e a reforma como responsáveis pela desestruturação do tempo, criando vazios difíceis de ocupar. O trabalho não só se estabelece como a nossa atividade principal, como acarreta implicações na nossa vida familiar e social. Daí a importância do tempo que se passa a trabalhar, de uma forma geral, e da divisão do horário laboral, de uma forma particular.

Visto sob este prisma, o trabalho pode funcionar como um antidepressivo. Todo o ser humano devia, para poder assegurar as suas necessidades e a dos seus membros, pôr em prática as suas capacidades de trabalho, ou seja as suas potencialidades para trabalhar, com a finalidade de produzir bens materiais ou serviços úteis a si, aos seus e à sua comunidade. Esta capacidade de trabalhar e transformar o seu meio ambiente natural, gerindo-o da forma mais adequada tem que ser vista também como uma forma de melhorar o seu nível de saúde, proporcionando mais saúde, melhor saúde e ao mais baixo custo, para todos.

O desemprego está associado a diversos sintomas negativos, com muitos traços comuns com as doenças mentais, tais como: perda da felicidade; insatisfação com a vida; baixa autoestima; *stress* generalizado; discórdia familiar; ansiedade; depressão; abuso de substâncias; suicídio, ou seja são observáveis situações negativas para a saúde mental do desempregado e que estão relacionadas com situação profissional.

Perder o emprego ou a estabilidade profissional abala de forma indelével o comportamento mental do indivíduo. As próprias mudanças no próprio sector laboral podem ser indutoras de alguma descompensação mental. A flexibilização dos horários é um bom exemplo. Um trabalhador, que durante muitos anos exerceu sempre o mesmo horário, organizou a sua vida em torno deste. Quando, de repente, fruto da introdução das mudanças laborais, que vem a reboque da globalização, os horários laborais são alterados de forma drástica, muitas vezes com perda de direitos e garantias adquiridas, tudo isto também abala a saúde mental dos trabalhadores (Hammarström, 1994).

Peterson, Maier e Seligman (1997, cit em Winefield, 2002), usando a teoria do desânimo aprendido, afirmam que os desempregados são mais propensos a sentirem-se desanimados e a experienciarem uma carência de autoestima, tende uma maior tendência para a depressão.

Alguns estudos que associam sentimentos ao desemprego focam-se maioritariamente na diminuição de autoestima (McFadyen, 1995), outros explicam que o desemprego poderá trazer ansiedade acrescida (Rousseau, 1997), sintomas psiquiátricos, desesperança bem como diminuição do controle percebido, autoestima, moral e satisfação com a vida (Waters, 2000).

De acordo com Argolo & Araújo (2004) existe uma forte correlação entre as dificuldades financeiras resultantes do desemprego e o sofrimento emocional. Por outro lado a relação com a família em geral e amigos poderá tornar-se emocionalmente mais carregada, stressante e problemática (Fryer & Payne, 1986).

O suicídio e para-suicídio, definidos como ato não fatal, por via de lesões feitas a si próprio ou ingerindo uma substância em excesso, também possuem forte ligação com o facto de se perder o emprego (Platt e Keitman, 1985, cit em Fryer & Payne, 1986). Benach, Amable, Muntaner, & Benavides (2002) afirmam mesmo que existem diversas evidências de que o desemprego está associado a dificuldades económicas, risco de impactos adversos na saúde e a estilos de vida menos saudáveis.

Em suma a não existência de um espaço e vínculo laboral poderá causar uma verdadeira desvinculação emocional que se poderá traduzir em perda de vitalidade, sensação de inferioridade e depressão (Matrajt, 2000).

3.1.2.2 Modelo de Grossman

Um estudo no sector da saúde não ficará pleno sem uma análise do comportamento individual, ou seja, a procura de saúde e de cuidados de saúde como resultado de um processo de escolha individual. É Michael Grossman e o modelo por si apresentado que descrevem desta forma a procura de cuidados de saúde, que posteriormente foi desenvolvido por outros autores (Barros, 2003).

Os trabalhos seminais de Grossman remetem ao início da década de 70 (Barros, 2003) e o objetivo do seu estudo foi a construção de um modelo de procura para o bem “boa saúde” (Grossman, 1972). A proposta central do modelo é que a saúde pode ser vista como um *stock* de capital durável, que produz um produto: tempo saudável. Assume-se que os indivíduos herdaram um *stock* inicial de saúde que vai depreciando com a idade e pode ser aumentado mediante um investimento (Grossman, 1972).

Segundo Barros (2005), os elementos inovadores introduzidos neste modelo são: tratar de saúde como um *stock*, análogo ao stock de capital humano; considerar saúde como um processo de produção conjunto, requerendo uma contribuição quer do indivíduo, quer do consumo de bens e serviços apropriados, denominados cuidados médicos.

Da aplicação destes dois princípios surgem assim alguns resultados, tais como (Barros, 2005):

- i. Os cuidados médicos são um produto intermédio, um fator produtivo adquirido pela pessoa a produzir saúde. No entanto, para produzir saúde não basta adquirir cuidados médicos, existe outro fator produtivo fundamental, como o tempo dedicado por essa pessoa a essa produção. A função de produção de saúde individual depende de outros elementos, dos quais se destacam a idade e a educação.
- ii. Uma vez que a saúde é um *stock*, terá uma duração plurianual, ou seja a saúde produzida em cada momento é vista como um investimento no stock de saúde. Sendo um *stock*, a saúde também terá uma depreciação, mas esta taxa de depreciação diferirá de pessoa para pessoa. O caso mais visível reflete em, quanto maior for a idade, maior será a taxa de depreciação. Esta taxa, frequentemente, terá também, uma natureza estocástica, isto é a depreciação será imprevisível, porque os episódios de doença não são antecipáveis.
- iii. Este modelo trata a saúde como um bem de consumo e investimento. Bem de consumo na medida em que dá satisfação e investimento porque ao aumentar o nível de *stock*, diminui os dias de incapacidade, permitindo assim um maior rendimento.

Formalmente a produção de investimento em saúde usa o tempo (T_S) e outro fatores produtivos adquiridos no mercado (M) de acordo com uma função de $S(.)$

$$S = S(M; T_S; E; I)$$

A variável E corresponde à educação, ou seja a produtividade na produção do investimento de saúde depende da educação. A variável I representa a idade do indivíduo e afeta a forma como o indivíduo transforma o consumo de cuidados médicos e de tempo em saúde. Considera-se, também, que o indivíduo usa o tempo (T_C) e outros bens, X , para produzir um bem puro de consumo, C .

$$C = C(X; T_C; E)$$

A utilidade do indivíduo, U , resulta assim do consumo de outros bens e do seu stock de saúde.

$$U = U(C; S)$$

O problema de escolha a ser resolvido pelo consumidor consiste numa maximização dessa mesma utilidade. Nas suas escolhas o indivíduo enfrenta uma restrição, o tempo disponível. Assim esse tempo disponível tem de ser distribuído por diversas atividades: trabalho para obter rendimento; tempo para produção de saúde; tempo de lazer (ou de produção de consumo de outros bens) e tempo perdido devido à falta de saúde. A dotação de dias de trabalho de um indivíduo é menor se este estiver doente, ao contrário de um indivíduo que tenha saúde, tendo também de dedicar tempo a esforço de trabalho para alcançar rendimento para comprar bens intermédios para a produção de saúde e do bem puro de consumo. A saúde é um bem que produz dias saudáveis (diminui dias de doença), provavelmente com rendimentos marginais decrescentes. Por fim, se o *stock* de saúde descer abaixo de um valor mínimo, o indivíduo morre (Barros, 2003).

É necessário que o estado de saúde tenha de ser superior a um limiar mínimo ($S > S_{min}$) para que o indivíduo tenha capacidades de ganhar rendimento e tempo para produzir o bem de consumo (Barros, 2003). Se $S < S_{min}$, não há dias saudáveis para produzir o bem de consumo (Barros, 2005).

Quando o nível de saúde é pouco acima de S_{min} , temos um movimento em que o uso de mais tempo para produzir saúde permite obter mais rendimento, mas também menos dias de incapacidade e logo mais tempo para produzir mais saúde e mais bens de consumo (Barros, 2003).

Este modelo tem ainda outras implicações interessantes, como (Grossman, 1972):

- i. Idade: a morte de um indivíduo é determinada endogenamente pela escolha de valores tais, que o estado de saúde desce abaixo de um limiar mínimo de sobrevivência. A idade pode, também, afetar a capacidade de produção de saúde, ou seja, pessoas de diferentes idades, terão capacidades distintas de produzir saúde.
- ii. Salário: Uma subida do salário leva a um aumento do *stock* de saúde. Dito de outro modo, a maior taxa de salário de uma pessoa, leva a um maior aumento no tempo saudável.
- iii. Educação: aumenta a eficiência com que o indivíduo produz investimentos em saúde e no bem de consumo puro. Logo um indivíduo com maior educação vai escolher ter um *stock* de saúde mais elevado. Quanto maior o nível de educação, os

produtores são mais eficientes em ganhos monetários. Consequentemente presume-se que as mudanças no capital humano, mediados pela educação, alteram a produtividade no lar, bem como no mercado.

A procura de bens e serviços médicos é, assim, uma procura derivada, influenciada por fatores como a idade, o salário e a educação do indivíduo (Barros, 2003). Os benefícios de saúde resultam de quatro canais: uma pessoa sente-se melhor se estiver de boa saúde; perde-se menos dias na condição de doente, logo pode trabalhar mais; há uma maior produtividade por unidade de tempo trabalhada, portanto ganha mais (Barros, 2005).

Em suma, de acordo com Grossman (1972), qualquer modelo deve reconhecer que a saúde é um *stock* de capital com duração, que o capital de saúde difere em aspetos importantes de outras formas de capital humano, e que a procura por atendimento médico deve ser obtida a partir da procura mais fundamental, a procura por "boa saúde".

3.2 Sistema de comparticipação

Nesta secção, iremos abordar a evolução da comparticipação de medicamentos e verificar que, ao longo dos tempos, as alterações introduzidas refletiram, quase sempre, um agravamento da percentagem paga pelo utente. E porque o regime de comparticipação não é igual para todos os doentes, achamos importante evidenciar algumas das diferenças que, como veremos mais à frente, podem variar não só com a condição económica do doente, mas também em função da sua patologia.

3.2.1 Evolução da comparticipação de medicamentos

O processo de comparticipação de medicamentos não começou da melhor maneira. A Portaria n.º 805/83, de 30 de Julho, fixava as comparticipações dos medicamentos exclusivamente de acordo com a origem do produto, ignorando por completo a importância terapêutica. A base desta política tinha objetivos de natureza exclusivamente económica, que visava proteger a indústria nacional (República, 1983).

Esta medida colidia com a Constituição e, para além de acarretar custos sociais elevados difíceis de disciplinar e controlar, encerrava demasiadas injustiças, uma vez que considerava de igual tratamento medicamentos indispensáveis à vida humana e medicamentos que em alguns casos poderiam ser considerados dispensáveis.

Em 1984, na sequência do aperfeiçoamento do SNS, corrigindo as discrepâncias e injustiças encontradas na Portaria n.º 805/83, os medicamentos em ambulatório passam a integrar o SNS, pagando os utentes apenas uma parte do custo total da medicação, sendo o restante comparticipado pelo SNS (República, 1983).

Foi para isso criada a Lista Oficial dos Medicamentos Comparticipáveis pelos Serviços de Saúde, aprovada ministerialmente e dessa lista faziam parte todos os medicamentos comparticipados, sendo a comparticipação variável, de acordo com a sua indicação terapêutica. Para o efeito foram criados quatro grupos de comparticipação:

- i. No primeiro escalão, o Estado assumia a comparticipação de 100% e nele estão abrangidos os medicamentos considerados imprescindíveis para situações bem definidas, com carácter de urgência e gravidade extrema e com consequências sociais graves.

- ii. Num segundo escalão a comparticipação do estado é de 80% e estão inseridos os medicamentos imprescindíveis destinados ao tratamento de doenças crónicas graves, que obriguem a terapêuticas prolongadas e implicam algum esforço financeiro por parte dos utentes.
- iii. No terceiro escalão, a comparticipação é dividida em 50% para o estado e outro tanto para o utente, estando aqui incluídos os medicamentos de interesse terapêutico confirmado e que não se integrem nos escalões anteriores.
- iv. No último escalão, o estado garante a comparticipação de 35% e destina-se a medicamentos com algum interesse terapêutico, mas que não sejam considerados imprescindíveis, sendo a sua aplicação terapêutica destinada a situações clínicas pouco graves e de curta duração.

No que concerne aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, estes medicamentos só são comparticipados, de acordo com o regime estabelecido, quando prescritos em modelo de receita próprio, aprovado por despacho do ministro competente, pagando o utente a parte remanescente no ato de aviamento da receita.

Não sendo um sistema hermeticamente fechado, foi sofrendo algumas evoluções pontuais, cujo principal objetivo seria o controlo e redução de custos para o erário público.

A Diretiva 89/105/CEE emanada do Conselho de 21 de Dezembro de 1988, no sentido de impor alguma transparência na regulamentação dos preços dos medicamentos de uso humano, autoriza o preço máximo de cada medicamento (exceto especialidades apenas comercializadas a nível hospitalar), tendo por base a média dos preços de cada medicamento em quatro países de referência – Espanha, França, Itália e Grécia (Europeias, 1989).

Nesse sentido surge a primeira alteração nos escalões de comparticipação, que aconteceu em 1988, com a publicação do Decreto-Lei 157/88, com ligeiras alterações, que passavam pela eliminação do último escalão, sendo que a comparticipação dos medicamentos teria em conta o seu fim terapêutico como até então, passando a ser distribuídos por três escalões (República, 1988):

- i. Escalão A - o custo dos medicamentos é inteiramente suportado pelo Estado;
- ii. Escalão B - a comparticipação do Estado é de 80% do preço dos medicamentos;
- iii. Escalão C - a comparticipação do Estado é de 50% do preço dos medicamentos.

Em 1990, o Decreto-Lei 231/90 de 14 de Julho, apesar de manter inalteradas as percentagens de comparticipação, introduziu mudanças significativas nos critérios de inclusão ou exclusão das listas de comparticipações, passando a inclusão dos medicamentos nas listas de comparticipação a obedecer a determinados parâmetros (República, 1990):

- i. Medicamentos que contenham novas moléculas que venham preencher lacunas terapêuticas por apresentarem características verdadeiramente inovadoras;
- ii. Medicamentos novos, com composição qualitativa idêntica à de outros já comercializados e comparticipados, se, em idêntica forma farmacêutica, apresentarem preço inferior ao mais baixo dos comparticipados, sendo o preço expresso por unidade de massa do seu princípio ativo;

- iii. Medicamentos novos, com composição qualitativa idêntica à de outros já comercializados e compartilhados, se a forma farmacêutica for diferente e existir reconhecida vantagem e ou necessidade de ordem terapêutica;
- iv. Medicamentos novos que não constituam inovação terapêutica significativa nem possuam composição qualitativa idêntica à de outros já compartilhados, se for mais favorável a relação custo/benefício por eles apresentada relativamente a medicamentos já compartilhados utilizados com as mesmas finalidades terapêuticas e possuindo idênticos mecanismos de ação;
- v. Associações medicamentosas em que entrem na sua composição substâncias ativas já compartilhadas, se for demonstrada a sua vantagem terapêutica e se o preço não for superior ao somatório dos preços dos mesmos medicamentos, quando administrados isoladamente em idênticas posologias;
- vi. Associações medicamentosas de substâncias ativas que não existam no mercado isoladamente e que demonstrem vantagens sobre medicamentos do mesmo grupo terapêutico, através dos resultados de ensaios clínicos realizados.

Paralelamente foram também produzidas algumas alterações na comparticipação de alguns medicamentos, sendo que alguns mudaram de escalão, como por exemplo os antiasmáticos que passaram de 100 % de comparticipação para 80 %, enquanto outros perderam a totalidade da comparticipação, como foi o caso das vitaminas.

O Decreto-Lei 118/92 de 25 de Junho de 1992 veio introduzir algumas mudanças significativas na comparticipação de medicamentos, alterando as percentagens pagas pelos utentes, introduzindo mais um escalão de comparticipação de medicamentos e estabelecendo pela primeira vez uma diferenciação na comparticipação, discriminando positivamente os reformados com pensões inferiores ao salário mínimo nacional (República, 1992).

Daí resulta que a comparticipação do SNS no preço dos medicamentos é fixada de acordo com os seguintes escalões:

- i. Escalão A - o custo dos medicamentos é inteiramente suportado pelo Estado;
- ii. Escalão B - a comparticipação do Estado é de 70% do preço de venda ao público dos medicamentos;
- iii. Escalão C - a comparticipação do Estado é de 40% do preço de venda ao público dos medicamentos.
- iv. Escalão D - a comparticipação do Estado é de 15% do preço de venda ao público dos medicamentos.

Da diferenciação dos regimes de comparticipação, do suprarreferido decreto emana um incremento de 15 % nas comparticipações do estado para os medicamentos dos escalões B e C, sendo que, os reformados com pensões inferiores ao salário mínimo nacional estariam abrangidos por estes escalões de comparticipação.

Esta diferenciação, apesar de trazer alguma justiça social privilegiando os pensionistas, foi feita essencialmente à custa dos utentes do regime normal e deu azo a alguns abusos, uma vez que para adquirir o estatuto de comparticipação especial, apenas era preciso fazer prova da condição de pensionista, sendo ignorados os rendimentos globais do titular da reforma.

A comparticipação de alguns medicamentos utilizados no tratamento de algumas patologias foi também objeto de regulamentação especial sendo a comparticipação graduada em função das entidades que prescrevem o tratamento. A comparticipação de alguns medicamentos pode ser restringida a determinadas indicações terapêuticas, fixadas por despacho, pelo que o médico prescritor teria que fazer menção ao referido despacho para que o utente pudesse usufruir da comparticipação (República, 1998).

Se até aqui as comparticipações eram feitas com base no PVP do medicamento, com a expansão dos medicamentos genéricos, foi introduzida uma nova forma de cálculo das comparticipações de medicamentos, tendo por base o preço de referência.

Para perceber estas alterações, importa aqui introduzir aqui alguns novos conceitos como: medicamento genérico; grupo homogêneo e preço de referência.

Por medicamento genérico “considera-se, um medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bio equivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados” (República, 2006b, p. 6031).

Com base no mesmo decreto, a AIM (Autorização de Introdução no Mercado) dos medicamentos genéricos rege-se pelas mesmas disposições legais dos outros medicamentos, apenas estando dispensada a apresentação de ensaios pré-clínicos e clínicos, sempre que comprovada a bio equivalência do genérico, com base em estudos de biodisponibilidade ou demonstrar equivalência terapêutica por meio de estudos de farmacologia clínica, seguindo o disposto pelas normas comunitárias.

Por definição, grupo homogêneo é um conjunto de medicamentos com composições qualitativas e quantitativas em substâncias ativas iguais, com a mesma forma farmacêutica, dosagem e via de administração, onde esteja incluído pelo menos um genérico existente no mercado (Infarmed, 2013).

O preço de referência é o preço médio dos cinco preços mais baixos que integram cada grupo homogêneo. O cálculo é feito com base em cinco preços distintos, o que pode corresponder a mais do que cinco medicamentos, podendo ser ou não genéricos (Infarmed, 2013).

No cálculo das percentagens comparticipáveis pelo estado, os cálculos são baseado no Sistema de Preços de Referência (SPR), que abrange os medicamentos comparticipados, prescritos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, e para os quais já existem medicamentos genéricos autorizados, comparticipados e comercializados. Através do SPR é calculado o valor máximo comparticipado pelo Estado, correspondendo ao escalão ou regime de comparticipação aplicável calculado sobre o preço de referência. O valor máximo da comparticipação a pagar pelo SNS é obtido pela aplicação da taxa de comparticipação (conforme o regime aplicável) ao preço de referência previamente definido para cada medicamento, pelo que, o remanescente até ao PVP é suportado pelo utente, sendo por isso a parte paga pela diferença entre o PVP e o valor pago pelo SNS. Se o PVP for inferior ao valor pago pelo SNS, ou seja, inferior ao preço de referência, o medicamento é gratuito para o utente (Infarmed, 2013).

O Decreto-Lei 270/2002, de 2 de Dezembro, no sentido de promover a prescrição de medicamentos genéricos, previa uma majoração de 25% relativamente ao preço de referência de cada grupo homogêneo, estando restrita a medicamentos de referência, nos

utentes abrangidos pelo regime especial de comparticipação. A duração desta majoração estava prevista até 2003, mas foi prolongada até 30 de junho de 2006 (República, 2002).

No ano de 2005, uma nova alteração é produzido pelo Decreto-Lei 129/2005, de 11 de Agosto, onde se destaca a redução no escalão A, passando os medicamentos enquadráveis nesse escalão a serem comparticipados a 95%, sofrendo pois um agravamento de 5% da comparticipação (República, 2005).

- i. Escalão A — a comparticipação do Estado é de 95% do preço de venda ao público dos medicamentos;
- ii. Escalão B — a comparticipação do Estado é de 70% do preço de venda ao público dos medicamentos;
- iii. Escalão C — a comparticipação do Estado é de 40% do preço de venda ao público dos medicamentos;
- iv. Escalão D — a comparticipação do Estado é de 20% do preço de venda ao público dos medicamentos.

Continua a ser praticada a discriminação positiva sendo que a comparticipação do Estado dos medicamentos pertencentes ao escalão A é acrescida de 5 % e nos escalões B, C e D é acrescida de 15 % para os pensionistas cujo rendimento anual não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional em vigor em 2009 ou 14 vezes o valor do indexante dos apoios sociais em vigor quando este ultrapassar aquele montante.

Na sequência do Decreto-Lei 270/2002, que havia criado os preços de referência e majorados os genéricos, um novo decreto, o Decreto-Lei 127/2006, veio alterar essa majoração, reduzindo-a para 20%, aplicável aos genéricos de referência. Como consequência desta redução, os utentes depararam-se uma redução na comparticipação dos genéricos (República, 2006a).

No ano de 2009, o Decreto-Lei 129/2009, de 29 de Maio, numa tentativa ambivalente de impor alguns critérios de justiça, em particular com os idosos e simultaneamente incentivar o consumo dos medicamentos genéricos, promulgou a comparticipação de 100% para todos os genéricos prescritos a doentes com rendimento anual inferior a 14 vezes o salário mínimo nacional em vigor em 2009 (República, 2009a).

O Decreto-Lei 48-A/2010, de 13 de Maio vem modificar mais uma vez o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, com um agravamento da percentagem paga pelo utente no regime geral e do regime especial (República, 2010b).

Assim sendo, passam a estar distribuídos como nos mesmos escalões que anteriormente A, B, C, e D, mas com ligeiras alterações no que concerne à comparticipação do estado:

- i. Escalão A 90 %: Neste escalão estão incluídos as hormonas e medicamentos usados nas doenças endócrinas, medicamentos usados nas afeções oculares e medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores.
- ii. Escalão B 69 %: Inseridos neste escalão estão medicamentos anti-infecciosos, medicamentos para o sistema nervoso central e aparelho cardiovascular.
- iii. Escalão C 37 %: Os medicamentos usados para o aparelho locomotor, aparelho geniturinário, medicação antialérgica assim como para as dislipidemias estão todos inseridos no escalão C.

- iv. Escalão D 15%: Estão inseridos neste escalão os novos medicamentos, ou medicamentos que por motivos diversos estão com o pedido de comparticipação em avaliação.

Os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação e determinam a percentagem comparticipada são fixados por portaria do responsável pela área da saúde. No que concerne ao escalão D, nele podem ser incluídos novos medicamentos, cuja comparticipação pode vir a ser ajustada ficando por isso num regime de comparticipação transitório.

À semelhança das alterações anteriores, a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos integrados no escalão A é acrescida de 5 % e nos escalões B, C e D é acrescida de 15 % para os pensionistas cujo rendimento seja inferior ao salário mínimo nacional.

Em situações excepcionais, a comparticipação do Estado no preço de alguns medicamentos utilizados no tratamento de determinadas patologias ou em alguns grupos especiais de doente é definida por despacho específico do Ministério da Saúde, podendo ser graduada diferenciadamente em função das entidades que o prescrevem ou dispensam.

Numa pequena epítome, podemos concluir a comparticipação medicamentos varia de acordo com o medicamento e o seu fim terapêutico, com o regime do utente e com a existência de genérico, ou não, no mercado, assim como pode variar com as entidades que prescrevem certos tipos de medicamentos e de acordo com o tipo de patologia. Todas estas condicionantes podem fazer variar o preço final pago pelo utente.

As comparticipações especiais são garantidas a grupos de doentes que, de acordo com a sua patologia podem beneficiar de um desconto diferente do normal, em determinados medicamentos, sendo que para poderem usufruir desse benefício o médico prescriptor tem que fazer menção à referida portaria.

3.2.2 Despachos em vigor

Existem vários despachos que conferem uma comparticipação diferente, de acordo com a tipologia da doença e que foram sofrendo algumas alterações ao longo dos tempos, estando atualmente em vigor, os que se apresentam de seguida.

O Despacho n.º 14123/2009, de 12 de Junho, onde por este despacho, a comparticipação de medicamentos que em situações normais seria comparticipado pelo escalão C (37 %) passa para o B (69 %), quando prescrito para tratamento da artrite reumatoide e da espondilite anquilosante (República, 2009b).

O Despacho n.º 10279/2008, de 11 de Março que confere alterações na comparticipação dos analgésicos estupefacientes, nomeadamente os medicamentos opióides, que são comparticipáveis pelo escalão C (37 %) de comparticipação no regime geral, passando com este despacho a serem comparticipados pelo escalão A (95 %) a doentes portadores de dores oncológicas.

No Despacho n.º 10910/2009, de 22 de Abril os medicamentos destinados ao tratamento da infertilidade, em especial os da procriação medicamente assistida, passam a ser comparticipados pelo escalão B (69 %) nos termos consagrados neste diploma (República, 2008a).

De acordo com o Despacho n.º 21094/99, de 14 de Setembro, os medicamentos comparticipados apenas pelo escalão C, são os medicamentos cuja substância ativa é o carbonato de lítio passam a ser comparticipados pelo escalão A, quando prescritos por médicos psiquiatras ou neurologistas, desde que façam referência ao despacho (República, 1999).

O Despacho n.º 1234/2007, de 29 de Dezembro concede aos medicamentos destinados ao tratamento da doença inflamatória intestinal uma comparticipação pelo escalão A, quando o médico da especialidade nomear na respetiva receita o referido despacho (República, 2007).

Já o Despacho n.º 10280/2008, de 11 de Março está relacionado com os analgésicos estupefacientes, nomeadamente os opióides, que são comparticipados pelo escalão C (37 %) de comparticipação no regime geral em ambulatório passam a ser comparticipados pelo escalão A (95 %) quando prescritos para tratamento da dor crónica não oncológica moderada a forte (República, 2008b).

O Decreto-Lei n.º 6/2010, de 7 de Maio enquadra no escalão A de comparticipação os medicamentos queratolíticos e anti psoriáticos, de aplicação tópica ou sistémica, quando destinados aos doentes portadores de psoríase, sempre que o médico prescriptor mencione expressamente na receita a presente lei (República, 2010a).

Por fim o Despacho n.º 13020/2011, de 20 de Setembro, consolida a disciplina que rege a comparticipação especial dos medicamentos prescritos a doentes com doença de Alzheimer ou demência de Alzheimer, pelo que os medicamentos destinados ao tratamento destas doenças passam a ser comparticipados pelo escalão C, desde que o médico especialista, psiquiatra ou neurologista faça menção ao referido despacho, caso não sejam prescritos ao abrigo do despacho 13020/2011, não têm qualquer tipo de comparticipação (República, 2011b).

Alguns destes despachos são da exclusividade das especialidades, o que só por si pode denotar alguma discriminação. Por outro lado, as sucessivas alterações às portarias ou despachos podem induzir a alguns lapsos, levando os doentes a não usufruir da comparticipação a que têm direito.

3.2.3 Variação de preços de medicamentos

Fundamental no contexto económico de qualquer país é a constância dos sectores de negócio, para que os preços possam manter alguma estabilidade. Nos anos mais recentes, o sector do mercado farmacêutico ambulatório tem sido assolado por diversas mexidas no preço dos medicamentos, provocando um verdadeiro caos no mercado das farmácias de oficina. O quadro seguinte é demonstrativo das reduções significativas que os medicamentos têm sofrido desde o ano de 2005. O quadro seguinte é demonstrativo das inúmeras alterações efetuadas no sector do medicamento na última década

Todas estas alterações têm como objetivo principal a redução da despesa com medicamentos em ambulatório e os dados do Infarmed (2011) apuram que a redução dos encargos do SNS se cifrou nos 19,2%. Mas, apesar dessa redução, a despesa total com medicamentos diminuiu apenas 12,1%. Quer isto dizer que mais de um terço da poupança efetivada pelo SNS resultou de uma permutação de encargos para os utentes (na ordem dos 116 milhões de euros).

2005 (Set.)	• Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos.
2007 (Fev.)	• Redução administrativa de 6% no preço de todos os medicamentos.
2008 (Set.)	• Redução administrativa de 30% no preço de todos os medicamentos genéricos.
2010 (Jul.)	• Redução média de 7% no preço dos medicamentos de marca.
2010 (Ago.)	• Redução de 20% a 35% no preço de alguns medicamentos genéricos.
2010 (Out.)	• Dedução de 6% no preço de todos os medicamentos.
2012 (Abr.)	• Redução média de 5,6% no preço dos medicamentos de marca.
2012 (Mai.)	• Redução média de 15,3% no preço dos medicamentos genéricos.

Figura 1: Redução de despesa do Estado com medicamentos, baseada em medidas administrativas de redução de preços

Fonte: ANF (2012)

Visto sob outro prisma, observável nos trabalhos de Barros & Nunes (2011), este tipo de reduções administrativas de preços têm um efeito de redução da despesa, mas apenas no curto prazo, não suprimindo a tendência de crescimento das vendas globais de medicamentos no médio/longo prazo, que poderia resultar de medidas efetivas de recomposição da despesa. Por outro lado, estas reduções sucessivas têm um potencial custo indireto que é o de atrasar a introdução no mercado nacional de novos medicamentos.

É imperioso optar por uma política do medicamento alternativa, que, de acordo com as sugestões emanadas pela OMS (2004a), assentem na prioridade central que é o acesso aos medicamentos, como parte integrante do direito fundamental à saúde. Por outras palavras, a política do medicamento deve ter como principal meta assegurar a equidade no acesso em função das necessidades individuais e que a capacidade dos cidadãos para pagar não constitua uma barreira ao acesso.

Na sequência das constantes alterações aos preços dos medicamentos, o Decreto-Lei 112/2011 de 29 de Novembro veio introduzir algumas mudanças nos PVP (Preço de Venda ao Público) dos medicamentos no mercado nacional cujos preços não podem exceder a média que resultar da comparação com os PVA (Preço de Venda a Armazenistas) em vigor nos países de referência para o mesmo medicamento, sem taxas nem impostos, acrescido das margens de comercialização, taxas e impostos vigentes em Portugal. A alteração significativa, quando comparada com a Diretiva 89/105/CEE, prende-se com os países de referência que passaram a ser apenas três: Espanha, a Itália e a Eslovénia (República, 2011a).

Como parte integrante desta oscilação de preços dos medicamentos em ambulatório e, no âmbito deste trabalho, achamos importante fazer referência a uma portaria entretanto já extinta, que conferia um desconto especial aos medicamentos utilizados nas doenças do foro mental.

Para falar da Portaria 994-A/2010 importa recuar no tempo e falar de outras Portarias: a Portaria 1474/2004, de 21 de Dezembro, que revogou a Portaria 543/2001, de 30 de Maio, que por sua vez tinha revogado as antecessoras. Este conjunto de Portarias têm um teor essencialmente idêntico e dizem na sua essência que: “... medicamentos serão comparticipados pelo escalão A desde que o médico prescriptor mencione expressamente na receita esta portaria e sejam prescritos para as seguintes patologias, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-10): demência na doença de Alzheimer; demência vascular; demência secundária; esquizofrenia; perturbação delirante persistente; perturbação delirante induzida; Perturbação esquizoafectiva; Outras perturbações psicóticas não orgânicas; perturbações mentais psicóticas secundárias a disfunção ou lesão cerebral e a doença física; disquinésia tardia dos neurolépticos; perturbação de tique mista vocal e motora múltipla (de la Tourette); perturbações autísticas ou psicóticas da infância e adolescência; perturbações de comportamento graves e deficientes mentais; fora destes casos, o medicamento é comparticipado pelo escalão C; e ainda “medicamentos comparticipados pelo escalão B desde que o médico prescriptor mencione expressamente na receita esta portaria e sejam prescritos para as seguintes patologias, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID-10): perturbação afetiva bipolar; perturbação depressiva recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos; perturbação depressiva recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos; fora destes casos, o medicamento é comparticipado pelo escalão C...” (República, 2001, p. 3184).

Por outras palavras esta Portaria conferia um desconto acrescido na aquisição dos medicamentos destinados às doenças do foro mental, desde que o médico inscrevesse na receita a referida Portaria. Cabia ao médico, avaliar o estado clínico do doente, assim como toda a estrutura socioeconómica e familiar, para depois, em consciência prescrever o medicamento adequado ao doente e colocar a respetiva Portaria, se fosse esse o caso.

A passagem do medicamento para o escalão A de comparticipação tornava o medicamento gratuito, ao passo que a passagem para o escalão B conferia a esse medicamento quase uma duplicação da comparticipação do Estado, isto à luz das comparticipações em vigor na altura.

A regulamentação desta Portaria veio ao encontro da maioria dos médicos especialistas que entendiam que só aumentando as comparticipações do Estado sobre este grupo de medicamentos teriam melhor adesão à terapêutica.

Ao rever este regime de comparticipação dos medicamentos neurolépticos e antidepressivos, antes comparticipados num escalão diferente, o Estado reconheceu a existência de quadros clínicos que a isso aconselham e mais que isso, justificam uma discriminação positiva para aqueles medicamentos tendo assim um nível de comparticipação mais elevado.

Em Setembro de 2010, o Governo preparou uma série de portarias para introduzir alterações na comparticipação dos medicamentos. Como consequência dessas alterações, a Portaria 1474/2004 foi revogada pela Portaria 924-A/2010, tendo sido esta última alterada pela Portaria 994-A/2010.

Com a entrada em vigor da Portaria 994-A/2010, a partir de 15 de Outubro de 2010, a menção à Portaria 1474/2004 deixou de produzir efeitos em termos de comparticipação

especial de medicamentos, ou seja, os medicamentos que tinham um desconto especial, tiveram um aumento significativo no seu preço.

Para contextualizar, é importante incorporar alguns excertos do Decreto-lei 106/A de 1 de Outubro de 2010, que teve por base a revogação da suprarreferida portaria: “... o Sistema Nacional de Saúde concretiza uma política de saúde centrada nos cidadãos e orientada para mais e melhor saúde” e que uma das prioridades na área da saúde é tomar medidas para ter “um sistema nacional de saúde sustentável e bem gerido”. Relativamente à política do medicamento, estabelece-se que o sistema de comparticipação do medicamento deve ser direccionado “no sentido de obter melhor equidade e mais valor para todos os cidadãos”. Ou ainda “...Por outro lado, combater a fraude e o abuso nos benefícios concedidos pelo sistema de comparticipação de medicamentos e distribuí-los mais criteriosamente para que sejam beneficiadas as pessoas que, de facto, deles necessitam” e também, “...E, finalmente, é ainda objetivo deste decreto-lei adotar regras mais justas no acesso aos medicamentos. O presente decreto-lei é fundamental para assegurar que o SNS permanece um sistema de acesso universal, eficiente, e que garante mais e melhor saúde para todos...” e finalmente “...Verificou -se que a comparticipação a 100 % induzia a aumento do consumo e a utilização abusiva do estatuto de regime especial, desviando a comparticipações do regime normal para o regime especial e implicando um custo indevido para o SNS. ... Pretende -se, pois, evitar a fraude e o abuso que, entretanto, foram detetados e direccionar o sistema de comparticipações para quem, efetivamente, necessita” (República, 2010c, p. 4372).

Com as sucessivas descidas de preço dos medicamentos e, devido à implementação dos genéricos, a percentagem paga pelos utentes, embora menor, continua a oscilar, podendo ser agravada devido à existência de um genérico idêntico ao medicamento de marca prescrito. Este incentivo ao consumo dos genéricos, pode em alguns casos funcionar de forma contraditória. Ou seja, os medicamentos genéricos contêm a mesma substância ativa e atuam da mesma forma que o medicamento de referência. Medicamentos genéricos equivalentes podem ter na sua composição excipientes diferentes, no caso das formas farmacêuticas orais sólidas podem ainda diferir no tamanho, cor ou forma, mas em nenhum destes aspetos modificam o efeito terapêutico do medicamento. Em alguns casos, o princípio ativo nos medicamentos genéricos e de referência podem diferir em termos de sais ou ésteres. É importante referir, que para adquirir o estatuto de genérico, os medicamentos têm que apresentar estudos de bio equivalência, onde se comprove que a quantidade de princípio ativo (aquilo que no fundo vai tratar a doença) é equivalente ao produto original. E aqui é que reside o *busílis* da questão. A lei define como equivalente, e não igual. E essa mesma lei permite que nos estudos de bio equivalência haja um intervalo, dentro do qual o medicamento continua a ter o estatuto de equivalente, logo continua a ser genérico.

Ou seja, o que está preconizado na lei é que um medicamento para ter o estatuto de genérico, pode ter uma libertação de princípio ativo, que pode variar de 80% até 125% (Agency, 2010). Estamos pois a falar de uma variação da libertação da droga na ordem dos 45 %. Para as doenças mais simples, isto não representa grande problema, ou seja, tratar um doente com uma infeção simples, uma diabetes inicial ou uma hipertensão ligeira a moderada, com um genérico, pode não representar qualquer perigo. Agora quando se trata de doenças mais graves, muito mais complicadas, que exigem uma dose precisa de princípio ativo, isto já não é tão simples.

Daí que se compreenda de alguma maneira a resistência por parte da classe médica no que concerne à prescrição por DCI, ou nome genérico. Também no decorrer da lei, uma receita prescrita por DCI, havendo genérico, a farmácia é obrigada a dispensar o medicamento genérico.

No caso das doenças do foro mental, a substituição de medicação habitual por genéricos, tem contornos muito mais problemáticos. É importante referir que um doente com uma patologia mental demora muito tempo a controlar. Muitas vezes são necessárias várias provas terapêuticas até à estabilização da doença. Agora imagine-se que um doente está há já alguns anos perfeitamente controlado da sua patologia mental, com o medicamento X, que se sabe pelos estudos efetuados que a sua biodisponibilidade de princípio ativo é de 95 %, e que numa determinada farmácia, porque o médico autorizou, o farmacêutico trocou (perfeitamente enquadrável no campo legal) o medicamento pelo genérico Y, que liberta 110 % de princípio ativo e ao fim de uns dias o doente descompensa. Quando isto acontece, em doenças mais ou menos graves, é necessário um novo esforço de todas as partes envolvidas, muitas vezes com o inevitável internamento do doente, e com novas provas terapêuticas, até nova estabilização. Tudo isto acarreta custos acrescidos, quer para o utente quer para o Estado. E estamos de novo perante um paradigma muito comum na saúde, onde o utente e o Estado, na tentativa de reduzir a despesa com medicamento, tende simplesmente a agravá-la.

3.3 Modelo de custos do Estado

Para melhorar a perceção do efeito das alterações nas comparticipações dos medicamentos por parte do estado, idealizámos um modelo demonstrativo, com base num trabalho de licenciatura em Economia, por mim realizado e com o apoio da Professora Doutora Aida Tavares (Docente da Universidade de Aveiro), da relação entre a diminuição da comparticipação pelo Estado e a consequente diminuição do consumo de medicamentos (Figura 2). Tratando-se de medicamentos, cujo objetivo principal é o de melhorar a saúde dos consumidores, a diminuição do consumo acarreta um enfraquecimento da saúde do paciente, com algumas consequências. Através de funções económicas, será demonstrado a relação existente entre a diminuição da comparticipação de medicamentos e o aumento dos custos para o Estado.

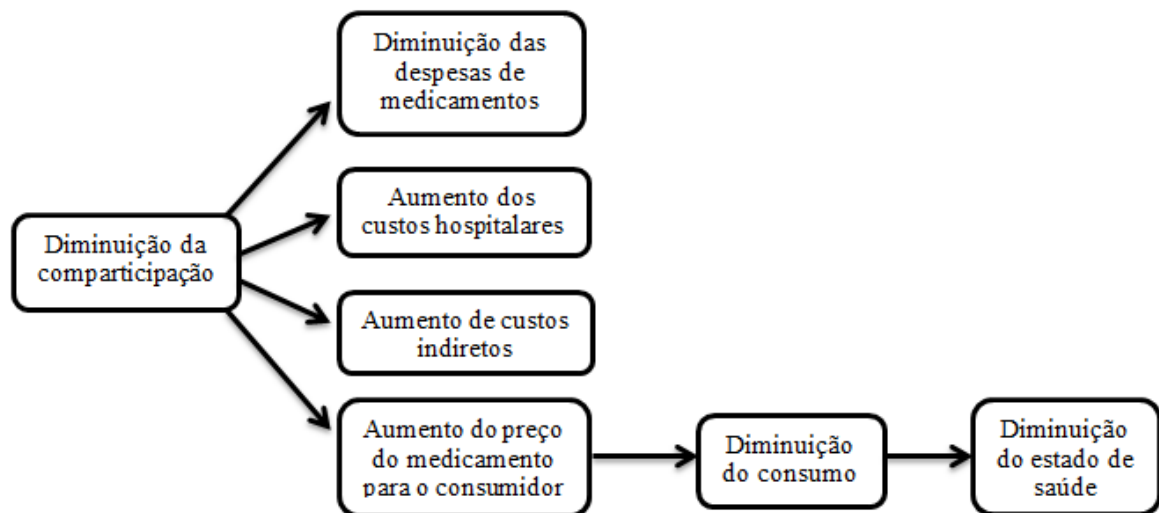


Figura 2: Efeitos da diminuição da comparticipação de medicamentos

Fonte: Elaboração própria.

3.3.1 Função custo social do Estado

$$\text{Custo social} = \text{Despesa de medicamentos} + \text{Despesas hospitalares} + X\text{custos}$$

Em economia, Custo Social, representa todos os custos que são associados a alguma atividade económica. Abrange os custos sobrevividos da produção de certo produto (custo privado) e os custos externos à firma (Estado), que são percebidos pela sociedade como um todo (externalidade). Se o custo social excede o custo privado, há uma externalidade negativa, ou seja, a produção do bem é prejudicial para a sociedade. Se o custo privado é maior do que o custo social, há uma externalidade positiva.

Um exemplo: quando uma empresa ou um Estado, que trabalha com serviços educacionais, beneficia indiretamente toda uma comunidade, mas recebe pagamento somente pelo benefício direto obtido pelo receptor da educação (problema de apropriabilidade). Neste caso, toda a sociedade gostaria de ter mais educação, mas poucos teriam interesse em produzir essa mesma educação, sem receber um retorno maior. Estes casos podem ser referidos como distorções de mercado, pois os recursos seriam alocados de forma ineficiente (Barros, 2005).

Neste caso, o Estado tem custos sociais com as despesas em medicamentos, acrescido das despesas hospitalares, a que se somam outras despesas (externalidades), como por exemplo as baixas por doença, os custos com exames complementares de diagnóstico, entre outros.

Com as medidas aplicadas pelo Estado, houve apenas uma preocupação com a redução das comparticipações em ambulatório, esquecendo as outras vertentes, quiçá mais importantes. Ao aplicar estas medidas, o Estado agravou a percentagem paga pelos utentes, provocando um aumento do preço do consumidor (doente), o que em algumas situações pode levar o doente, por insuficiência económica, a abandonar a terapêutica adequada à sua patologia, e que o mantinha estabilizado.

A consequência direta será uma redução do consumo, que implica numa primeira análise uma diminuição da despesa com medicamentos, mas com implicação direta no estado de

saúde do doente. Este enfraquecimento da saúde do doente vai levar ao aumento do número de internamentos hospitalares, aumentando as despesas quer com a medicação hospitalar, quer com os custos inerentes desse internamento. Por outro lado, toda esta situação vai provocar um aumento do absentismo laboral, e um aumento proporcional das prestações sociais, no que concerne às baixas médicas.

Com estas medidas, apenas foi acautelada a despesa do curto prazo, não sendo lançadas bases sólidas para a mitigação da despesa com medicamentos no médio-longo prazo.

Utilizando um modelo económico, conseguimos obter os seguintes resultados:

3.3.1.1 Consumidor:

I. Função Procura de medicamentos:

$$Q = q(p) \Leftrightarrow Q = a - bp$$

A procura de um bem ou serviço varia sempre em função do seu preço. Para melhor exemplificação, escolhemos uma função de procura linear, onde a procura de medicamentos (Q) é dada por uma constante (a) e pelo parâmetro (b), que depende do preço, e que influencia negativamente a procura, quer isto dizer, quando se aumenta o preço a quantidade (procura) vai diminuir, e vice-versa. No caso de uma diminuição da comparticipação do medicamento pelo Estado, o preço para o consumidor aumenta, logo a procura por esse medicamento diminui.

II. Estado de saúde:

$$H = H(Q) + h_0 \Leftrightarrow H = hQ + h_0$$

O estado de saúde, *Health Status* (H), depende da quantidade de medicamentos necessária (H (Q)) para estabilizar a qualidade de vida e de um nível de saúde inicial (h₀), que é variável de indivíduo para indivíduo. Se um indivíduo nascer com uma doença crónica, o seu estado de saúde será menor do que o de outrem que nasceu saudável. Por outro lado, sendo esse indivíduo portador de uma doença crónica, o seu bem-estar de saúde, é tanto melhor quando a sua capacidade de adquirir os medicamentos adequados à sua doença.

Derivando a expressão em ordem ao preço, obtemos:

$$\frac{\partial H}{\partial p} = \frac{h \partial Q}{\partial p} = h(-b) = -hb < 0$$

Economicamente, para encontrarmos a relação entre estado de saúde e preço, derivamos a expressão H (estado de saúde) em ordem a P (preço).

Daqui advém o primeiro resultado, que é a relação negativa entre estes fatores; isto é, quando o Estado reduz a comparticipação de medicamentos causa uma redução no estado de saúde do doente, porque o doente reduz a aquisição de medicamentos.

3.3.1.2 Estado:

I. Função Despesa de medicamento:

$$D = \bar{C} * Q \Leftrightarrow D = (M - p)(a - bp)$$

O valor da comparticipação paga pelo Estado (\bar{C}), multiplicado pela quantidade de embalagens adquiridas, dá-nos a despesa em medicamentos do Estado (D). Se o Estado diminuir a comparticipação do medicamento, origina um aumento do remanescente que cabe ao utente (p), o que por sua vez leva a uma redução da despesa com medicamentos por parte do Estado, como se pode ver pela função. Isto leva-nos ao segundo resultado, ressaltando a relação negativa entre o preço e a despesa. Como já foi referido, uma redução da comparticipação induz uma diminuição da despesa por parte do Estado, isto porque no imediato o Estado paga menos pelos medicamentos.

II. Função despesa hospitalar:

$$DHospitalar = f(H) \Leftrightarrow \uparrow H \Rightarrow \downarrow f(H)$$

A função de despesa do Estado com custos hospitalares, é uma função que depende do bem-estar da população, ou seja, quanto menos saúde temos mais o Estado incorre no risco de ter mais encargos com os custos hospitalares, uma vez que este tem de pagar as diárias de cada utente internado (que por insuficiência económica deixou de tomar a medicação e descompensou) e tem também de pagar os medicamentos (comparticipados a 100% em regime de internamento) que o utente usufrui enquanto está hospitalizado.

$$DH = D - dH(Q(p))$$

Derivando a função em ordem a p:

$$\frac{\partial DH}{\partial p} = \frac{\partial D}{\partial H} \frac{\partial H}{\partial Q} \frac{\partial Q}{\partial p}$$

Derivando a função de despesa com os custos hospitalares do Estado (D), vamos obter o terceiro resultado, que é a relação positiva entre a despesa e o preço que o consumidor paga, ou seja, quanto maior for a parte paga pelo consumidor dos medicamentos, maior será a despesa que o Estado vai ter, porque, em alguma altura o doente vai deixar de fazer a medicação, reduzindo o seu estado de saúde.

Isto porque:

$$\diamond \frac{\partial DH}{\partial H} < 0$$

Se derivarmos a função de custos hospitalares (DH), em ordem ao bem-estar da população (H), vamos obter uma relação negativa, como já foi explicado anteriormente. Quanto menor o estado de saúde, maior a despesa suportada pelo Estado.

$$\diamond \frac{\partial H}{\partial Q} > 0$$

Se derivarmos a função de bem-estar (H), em ordem à quantidade (Q), obtêm-se, uma correspondência positiva. Quanto maior o acesso a medicamentos (maior quantidade de medicamentos), maior o bem-estar.

$$\diamond \frac{\partial Q}{\partial P} < 0$$

Se derivarmos a função procura de medicamentos(Q), em ordem ao preço (P), verifica-se que estes correlacionam-se negativamente. Quanto maior o preço pago pelo consumidor de medicamentos, menor será a sua procura por estes.

Em suma, fica, através destas funções, demonstrado que, apesar de a despesa com medicamentos por parte do Estado diminuir (em primeira instância), poderá não ser suficiente para compensar o aumento na despesa com custos hospitalares do Estado.

Assim sendo, uma medida aplicada para reduzir a despesa, com vista na redução do défice, poderá piorar a situação, pois a despesa em vez de diminuir, poderá aumentar, uma vez que os custos hospitalares são uma grande fatia do bolo dos gastos do Estado, em termos de saúde, fatia essa que foi esquecida aquando a tomada de medidas de contenção.

3.4 Evolução das consultas de psiquiatria e do consumo de psicofármacos

Na Europa, com Portugal incluído, os dados disponíveis têm denotado um aumento da prevalência das perturbações mentais, que começam a ser preocupantes. Em 2008, estimava-se que cerca de 11% da população europeia (aproximadamente 50 milhões de pessoas) sofriam de algum tipo de perturbação mental. No caso concreto de Portugal, estima-se que, ao longo da vida de uma pessoa, em cada 5, pelo menos 1 delas sofreu num determinado período, uma qualquer perturbação mental, ou mais concretamente de 23% da população. Com este panorama, Portugal demonstra uma prevalência de perturbações mentais acima da média dos seus parceiros europeus (OPP, 2011).

Esta problemática assume contornos de particular relevância neste contexto de crise económica em que a Europa está mergulhada. A Organização Mundial de Saúde emitiu, muito recentemente, um relatório onde sugere que os problemas a nível de saúde mental podem ser agravados pela crise económica, referindo-se com particular incidência à existência de maior mortalidade, ao aumento da taxa de suicídio, assim como algumas fatalidades associadas ao excessivo consumo de álcool (OMS, 2011).

O acréscimo de problemas de saúde mental conduz a um incremento dos problemas de saúde física, traduzindo-se este binómio num aumento da utilização de recursos de saúde e ao consequente aumento no consumo de medicamentos. No que concerne à medicação, no hiato compreendido entre 2004 e 2009, foram registados crescimentos na ordem dos 25,3% no consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos (OPP, 2011).

A confirmação destes dados é ratificada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), onde revela que Portugal denota um consumo acima da média dos países desta organização, no que concerne ao consumo de ansiolíticos. Um outro exemplo dos custos associados à saúde mental advém do internamento hospitalar nas unidades de psiquiatria (OCDE, 2010). Para a Coordenação Nacional de Saúde Mental,

baseada nos dados de 2005, estima-se que os custos com o internamento no Serviço Nacional de Saúde (SNS) representem cerca de 56% dos custos totais de saúde (CNRSSM, 2007). Ainda na vertente económica, a perturbação mental está implicitamente associada ao absentismo laboral e à consequente redução da produtividade dos cidadãos (OPP, 2011).

É uma evidência que as perturbações mentais estão com tendência a aumentar na Europa. Em muitos dos Estados-Membros da EU, a depressão já é o problema de saúde com maior prevalência (OMS, 2008).

De acordo com Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee (2009) numa conjuntura de crise económica é facilmente verificável que o aumento de 1% no desemprego se traduz num acréscimo de 0,79% nos casos de suicídio, em idades inferiores a 65 anos.

Segundo o “Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica: Prevalência, fatores de risco, carga social e económica e utilização de serviços” Portugal é apontado como o país da Europa onde é maior a prevalência de doenças mentais na população (Estudo Epidemiológico Nacional cit in Furtado, Ribeirinho, & Gaspar, 2010).

Existem dados de 2009 que revelam que cerca de 23 % da população portuguesa sofreu de alguma doença do foro psiquiátrico e quase metade da população nacional (43%) já teve ou vai ter perturbações do foro mental durante a vida (Estudo Epidemiológico Nacional cit in Furtado et al., 2010).

Também no que respeita ao consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos, o SNS em ambulatório tem apresentado uma evolução contrária à desejável, com dados relativos ao período entre 2004 e 2009 a denotarem aumentos no consumo desses medicamentos quer em Portugal Continental e ilhas, aumento esse transversal a todas as regiões (ACSS, 2010).

Na atualidade também pode-se verificar um aumento acentuado de algumas patologias crónicas, algumas delas associadas a estilos de vida pouco saudáveis, exigindo grande consumo dos recursos de saúde e que também representam um grande impacto na funcionalidade dos indivíduos, que requerem algumas adaptações e mudanças que visam o contornar de novas situações, o que acontece por exemplo com as doenças cardiovasculares. O acentuar deste tipo de patologias, acaba por se refletir na amplificação dos gastos com a saúde, através do aumento da utilização de recursos assim como do consumo de medicamentos, que contribuem para um agravamento com os gastos com a saúde de uma forma geral e com os medicamentos de uma forma mais particular (OPP, 2011).

Da análise dos dados de 2005 da CNRSSM (2007) (Coordenação Nacional de Saúde Mental) infere-se que 83% dos recursos financeiros alocados à saúde mental sejam consumidos nos internamentos. Foi verificado, nesse mesmo ano, que os custos com o internamento hospitalar da saúde mental no SNS desempenharam cerca de 56% do valor global gasto em saúde. Os Hospitais Gerais, que assumem a responsabilidade geodemográfica de uma área que corresponde a 77% do total nacional, consumiram cerca 55% do total dos recursos disponíveis para a saúde mental.

Cada vez mais a deterioração do estado de saúde das populações acarreta elevados custos indiretos, que podem ser avaliados através do aumento do absentismo, das baixas médicas e com a consequente redução da produtividade. Neste contexto atual de crise económica, donde resulta a contenção de custos, não é suficiente demonstrar a efetividade da Psicologia em termos de ganhos em saúde para a população, mas também necessário

demonstrar que é uma ferramenta essencial para a redução de custos com a saúde e aumento da produtividade do país, assim como uma mais-valia para os doentes afetados. Têm sido desenvolvidos estudos por psicólogos e economistas da saúde, a nível internacional, onde estão patentes os benefícios da intervenção psicológica, em termos da redução dos custos, gerando poupanças para os sistemas de saúde (OPP, 2011).

3.4.1 Aumento das consultas de psiquiatria

Dos dados disponíveis da DGS (2011a) devemos destacar o aumento significativo das consultas de psiquiatria nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, que do ano de 2000 para o ano de 2010 teve um aumento de cerca de 37%, a que se associou a redução acentuada das mesmas consultas nos centros de saúde (Tabela 2). A diminuição das consultas nos centros de saúde fica-se a dever essencialmente à requalificação dos centros de saúde, com muitos deles a perderem as valências em psiquiatria, sendo os doentes reencaminhados para os serviços centrais, o que pode justificar parte do aumento das consultas de especialidade nos hospitais do SNS (DGS, 2011a).

Convém referir que as consultas de especialidade do Serviço Nacional de Saúde têm um tempo de espera significativo, o que pode levar a que as pessoas simplesmente desistam da consulta e a procurarem alternativa na medicina privada ou no serviço de urgência da especialidade, o que pode justificar o aumento das consultas em hospitais privadas. Quando comparadas na sua totalidade, pode-se verificar que se passou de um universo de 600.471 consultas privadas em 2009 para um total de 602.678 consultas em 2010.

Tabela 2: Evolução consultas de psiquiatria 2000-2010

Fonte: DGS (2011a)

	Consultas médicas	Consultas hospitais SNS	Consultas hospitais privados
2000	-	391.253	-
2001	-	416.459	-
2002	-	413.042	-
2003	-	426.236	-
2004	-	437.289	-
2005	-	478.408	-
2006	-	460.725	-
2007	11.120	453.987	-
2008	15.515	444.166	-
2009	7.048	533.488	59.935
2010	4.657	536.709	61.312
Variação	-58%	37%	2%

Por outro lado é muito significativo o aumento das consultas de urgência psiquiátrica, cerca de 95% (Tabela 3), que é revelador de algum desespero por parte do doente, que não podendo estar à espera de um consulta de especialidade, que não surge em tempo útil, procura nas urgências de psiquiatria o acompanhamento possível.

Tabela 3: Evolução consultas de psiquiatria de urgência 2004-2008

Fonte: DGS (2011c)						
	2004	2005	2006	2007	2008	Variação
Urgências psiquiatria	1.900	2.200	1.900	2.100	3.700	95%

Um dos problemas do tratamento das doenças do foro mental prende-se indubitavelmente com a duração dos tratamentos e a adesão à terapêutica. Nestas duas premissas assenta o sucesso ou insucesso do tratamento. Para se obter a cura, quando possível, ou a estabilização do doente é necessário que o tratamento prescrito seja seguido de forma adequada, quer em termos de posologia quer no que concerne ao tempo em que deve ser feito. Qualquer alteração, feita sem conhecimento do médico, pode levar a recaídas, inviabilizando ou dificultando o objetivo do tratamento.

E é aqui que reside o busílis da questão. O não cumprimento das terapias preconizadas provocam recidivas, que além de descompensar o doente acarretam custos quer para o próprio quer para o Estado, tornando cada vez mais difícil a obtenção da cura ou da estabilização das pessoas afetadas com doenças mentais.

Nas sociedades modernas, a baixa adesão às prescrições médicas tem-se revelado um enorme problema, com uma elevada complexidade especialmente nos pacientes com doenças crónicas e prolongadas. Com o número cada vez mais elevado de medicamentos, indicados para inúmeras patologias, cada vez mais com efeitos adversos menores, ou com margens terapêuticas maiores, quando tomados como prescritos, a baixa adesão, ou o abandono da terapêutica continuam a ser uma preocupação crescente, prejudicando de forma indelével os benefícios da assistência médica atual (Horne R., 1997; Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R, Brouwers MC, Oliver T., 1997, cit em Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001).

O não cumprimento das indicações médicas foi identificado como um problema de saúde pública, que acarreta um encargo financeiro avultado nos sistemas de saúde modernos de cuidados de saúde (Donovan, 1995; Donovan & Blake, 1992; Morris & Schulz, 1992).

Um estudo nos Estados Unidos calculou que esta verba ronda os US \$ 100 bilhões por ano (Donovan & Blake, 1992), onde se incluem 10% dos internamentos hospitalares e 23% de admissões em casas de repouso (Donovan, 1995; Donovan & Blake, 1992; Morris & Schulz, 1992). A falta de adesão ao aconselhamento médico também se revelou frustrante para alguns médicos, que deste modo não conseguiram a obtenção de melhorias para os seus pacientes (Melnikow & Kiefe, 1994).

A adesão ao tratamento demonstrou ser um dos elos fundamentais entre os processos e resultados, nos cuidados médicos. Os medicamentos prescritos de forma racional mostraram ser a principal intervenção no atendimento primário e um dos elementos mais importantes quando se examina a economia da saúde (Urquhart, 1996).

Por outro lado, e de uma forma mais consistente e com um vasto reconhecimento na literatura da especialidade, os fatores socioeconómicos têm sido referenciados como

preditores muito importantes do maior ou menor grau de adesão à terapêutica por parte dos pacientes. Um nível de escolaridade baixo, e acima de tudo o parco rendimento salarial, o desemprego ou a falta de estabilidade laboral podem instigar a criação de barreiras significativas, que impedem a adesão efetiva à terapêutica.

Mas, muito para além destas dificuldades económicas para adquirir a medicação, existem outras condições que influenciam negativamente a sua aquisição e que podem ainda ser enumeradas como, por exemplo, o isolamento social do paciente ou a acessibilidade ao medicamento dificultada pela localização geográfica das farmácias e das unidades de cuidados de saúde, que obrigam a custos acrescidos devido às distâncias que se têm de percorrer (Levy & Feld, 1999; OMS, 2003a).

A imprevisibilidade do carácter humano também pode exercer influência no sucesso dos tratamentos. Fatores ligados ao relacionamento entre o paciente e o médico, os profissionais de saúde e os serviços, são cada vez mais reconhecidos como fundamentais para melhorar a adesão à terapêutica. É proeminente a confiança que o paciente deposita no tratamento farmacológico, mas, também é de realçar a qualidade dos laços que o doente pode estabelecer com o médico e com o grau de confiança que nele deposita, assim como nos cuidados de saúde em geral (Marinker & Shaw, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005). Esse vínculo qualitativo assenta essencialmente nas competências técnicas e comunicativas que o clínico coloca na relação com os doentes, para que possa transmitir as informações clínicas de forma simples e clara, para que os conhecimentos sejam bem assimilados pelos pacientes (Bishop, 1994, cit em Cabral & Silva, 2010).

O conjunto das atitudes e comportamentos do médico na sua relação com o doente, para além da utilização de uma linguagem apropriada ao nível educacional e à capacidade cognitiva e de assimilação de cada doente, envolvem, acima de tudo, a capacidade de saber ouvir, entender e respeitar as expectativas e as preocupações dos pacientes. Por outro prisma os médicos, assim como os restantes profissionais de saúde, devem ter a acuidade necessária para perceber se o paciente está ou não a cumprir as prescrições de forma correta, para que se possa intervir o mais precocemente possível, de forma a minimizar atempadamente as consequências e encetar as correções necessárias sempre que possível, através, por exemplo, da adaptação da terapêutica aos hábitos e estilo de vida dos pacientes (Griffith, 1990).

As qualidades relacionais da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes mantêm-se no cerne da questão da adesão terapêutica, e todas as estratégias que visam a melhoria desta problemática devem ser encetadas sob este prisma (Joyce-Moniz & Barros, 2005, cit em Cabral & Silva, 2010).

Num estudo realizado por Cabral & Silva (2010) em 2010 sob o patrocínio da Apifarma, com o intuito de tentar perceber os motivos que levam à não adesão da terapêutica, constatou-se que perto de metade dos portugueses acredita que o esquecimento é o principal motivo; seguindo-se a falta de recursos económicos como segundo maior fator. Foram também apontadas outras causas para a não adesão à terapêutica nomeadamente a preguiça em tomar os medicamentos; a falta de instrução; o facto de não querer ou não gostar de medicação; além de se adormecer antes da hora da toma. No que concerne a motivos de segunda linha, foram referidos a falta de recursos económicos, como sendo o motivo mais importante; seguido do esquecimento ou da falta de instrução. Nos motivos de terceira ordem, foram incluídos como os mais apontados, a relutância na toma da medicação seguida das insuficiências económicas.

Sob outro prisma, e ainda respeitante à adesão terapêutica, um número substancial de doentes (8,78 em cada 10) declara seguir as indicações terapêuticas, quer isto dizer que perto de 88% dos inquiridos declarou aderir plenamente à terapêutica. Por outro lado, esse mesmo estudo enfatiza que 20 a 25% da população nacional, reconhece o facto de usar medicamentos que foram receitados para outras pessoas e, por fundamentos diferentes, cerca de 33% dos doentes crónicos afirmam que já abdicaram da medicação por motivos económicos, com maior ou menor frequência (Cabral & Silva, 2010).

Todavia, apesar do estudo revelar uma elevada taxa de adesão à terapêutica, o seguimento preciso das instruções médicas revelou ser muito menor quando os entrevistados foram instados a revelar com que frequência deixavam de tomar a medicação prescrita. Relativamente aos motivos desta parcial adesão à terapêutica, foram apontados sensivelmente os mesmos que a generalidade da população havia mencionado nas questões anteriores. Um novo motivo, prende-se com o facto do doente, ao fim de umas tomas sentir algumas melhorias, sendo esta a segunda razão mais apontada para que não fosse cumprido o tratamento na sua plenitude, muito embora mais de metade dos auscultados admite que isso nunca lhes aconteceu (58,0%), enquanto perto de 25% confesse que isso já lhe aconteceu algumas vezes (Cabral & Silva, 2010).

Ao analisar os motivos mais importantes, relacionando-os com o tipo de doença, são revelados motivos como o esquecimento, o sentir-se melhor e o adormecer antes da medicação como sendo os mais significativos pelos doentes agudos graves (e também pelos agudos ligeiros no caso de segundo motivo), enquanto o preço da medicação é o mais referenciado pelos doentes crónicos (Cabral & Silva, 2010).

Quando se fala nos doentes portadores de patologias crónicas, ressalta o facto de serem estes o que menos aderem à terapêutica. Calcula-se que, nos países desenvolvidos, cerca de 50% dos doentes crónicos não cumprem os tratamentos preconizados pelos profissionais de saúde, condicionando desta forma o seu próprio bem-estar e a sua qualidade e da sociedade, causando por consequência alguns condicionalismos à economia dos países (Cardoso & Galera, 2009).

Após o diagnóstico de uma doença mental crónica, no decurso dela, os doentes e os seus familiares experimentam momentos de maior controle e estabilização e consequente diminuição dos sintomas, alternados com momentos de crise, recidivas e recaídas psiquiátricas, que obrigam ao reinternamento do doente para posterior estabilização (Cardoso & Galera, 2009).

3.4.2 Aumento do consumo de psicofármacos

Os psicofármacos são substâncias, na sua maioria de origem química e que se destinam a alterar o comportamento, o humor, a percepção ou as funções mentais. Em regra, são utilizados para o tratamento de doentes com distúrbios mentais. A maioria destes medicamentos atua provocando alterações no processo de neuro transmissão, ao passo que outros, como os sais de lítio, provocam a modificação da permeabilidade da membrana neuronal. Os psicofármacos podem ser divididos em vários grupos, de acordo com a sua composição ou mecanismo de ação, mas no âmbito deste trabalho vamos referenciar apenas três grupos: hipnótico-sedativos, antidepressivos e os antipsicóticos ou neurolépticos (Laranjeira, Dratcu, & Almeida, 1996).

Sedativo ou ansiolítico é o nome dado à classe de medicamentos que reduzem a ansiedade provocando um efeito calmante, com efeito reduzido sobre as funções motoras ou mentais, que também podem ser conhecidas por benzodiazepinas. Como o próprio termo indica, sedativo é um sinónimo de calmante. São exemplos de ansiolíticos: o Bromazepam, o Diazepam, Alprazolam ou o Clonazepam. Os medicamentos hipnóticos ou soníferos são indutores do sono e têm como função estimular o início e a manutenção do estado de sono, para que este se assemelhe o mais possível ao sono natural. Os efeitos hipnóticos destes medicamentos pela depressão mais profunda do sistema nervoso central, muito mais forte do que na sedação. São exemplos de hipnóticos o Zolpidem ou o Zopiclone (Laranjeira et al., 1996).

Os antidepressivos são drogas de origem psiquiátrica indicadas no tratamento dos transtornos do estado do ânimo e do humor. Apesar do nome, a depressão não é sua única indicação. Os antidepressivos também podem ser usados noutros distúrbios psiquiátricos como transtorno bipolar, distúrbios de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, *stress* pós-traumático, e até em doenças orgânicas como a fibromialgia, entre outras.

Os primeiros antidepressivos foram descobertos na segunda metade do século XX. Com o passar do tempo, novas classes de antidepressivos foram sendo desenvolvidas e, com a diminuição dos efeitos colaterais, o seu uso tornou-se mais popular. Não se sabe exatamente as causas da depressão, mas a concentração cerebral de algumas substâncias químicas, chamadas de neurotransmissores, estão envolvidas neste processo. As principais são a serotonina, a noradrenalina e a dopamina. A ação dos diferentes antidepressivos passa pela regulação dessas substâncias (Laranjeira et al., 1996).

Os antidepressivos mais usados são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS): Fluoxetina; Sertralina; Paroxetina; Citalopram; Escitalopram; Venlafaxina; entre outros. Os ISRS são a classe de antidepressivos mais prescrita no mundo. São drogas relativamente novas - a primeira droga desta classe, a fluoxetina, o famoso Prozac®, começou a ser comercializada em 1987 -, sendo seguras mesmo em doses elevadas, bem toleradas e com perfil de efeitos colaterais leves.

Os antipsicóticos constituem um grupo muito heterogêneo no que respeita à sua natureza química, mas com um mecanismo de ação comum. Entre as indicações desses fármacos há a destacar: tratamento da esquizofrenia, agitação psicomotora, perturbações comportamentais, tiques, gaguejar, soluços incontrolláveis e náusea. Até à descoberta da clozapina, os antipsicóticos disponíveis apresentavam toda uma eficácia terapêutica semelhante, com um importante perfil de reações adversas (sedação, efeito extrapiramidais, efeitos anticolinérgicos, hipotensão ortostática), diferindo entre eles principalmente pela dureza desses efeitos adversos. As propriedades atípicas da clozapina: eficácia nas esquizofrenias resistentes aos antipsicóticos típicos e dificilmente produz efeitos extrapiramidais, serviu como modelo para o desenvolvimento de novos antipsicóticos (Laranjeira et al., 1996).

A clozapina, a risperidona, a olanzapina, a quetiapina e a amisulprida são muitas vezes referidos como antipsicóticos atípicos devido à sua reduzida apetência para causar os efeitos extrapiramidais (na rede neural do cérebro) comuns nos antipsicóticos. A evidência disponível indica que estes antipsicóticos atípicos, embora tenham menos efeitos colaterais adversos, não são significativamente mais eficazes e geralmente são mais caros do que os típicos.

Este pequeno preâmbulo farmacológico serve para chegar à frase que está na gênese deste trabalho: *“A evidência disponível indica que estes antipsicóticos atípicos, embora tenham menos efeitos colaterais adversos, não são significativamente mais eficazes e geralmente são mais caros do que os típicos. No entanto, o custo mais elevado da aquisição é compensado por uma redução da necessidade de outros cuidados e tratamentos”* (OMPS, 2002, p. 3).

A análise realizada por Furtado et al. (2010) (Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde) ao consumo, efetuada através das DDD (Dose Diária Definida de um fármaco) por 1000 habitantes dia, reflete um aumento na utilização na generalidade dos subgrupos terapêuticos, sendo mais evidente nos antidepressores e antipsicóticos.

Como é observável na tabela 1 em 2009 verificou-se um consumo de 101 DHD (Dose Diária Definida por 1000 habitantes dia) por 1000 habitantes por dia de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, o que representa um aumento de 11% relativamente ao ano 2000. No entanto, é possível observar algumas oscilações nos níveis de utilização dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos entre 2001 e 2003.

Tabela 4: Evolução consumo de psicofármacos 2000-2009

Fonte: Furtado et al. (2010)

	Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos	Antipsicóticos	Antidepressores	Lítio	Psicofármacos
2000	91	5	26	0,4	123
2001	94	6	29	0,4	129
2002	89	7	38	0,4	135
2003	87	8	40	0,4	135
2004	92	8	46	0,5	147
2005	93	9	49	0,5	151
2006	95	10	54	0,5	159
2007	98	10	59	0,5	168
2008	97	11	65	0,6	173
2009	101	12	72	0,6	186
Variação	11%	140%	177%	39%	52%
Peso da variação	15%	11%	73%	0%	100%

Ao nível dos antidepressores foi verificada uma taxa de crescimento muito elevada (177%), passando de 26 DHD em 2000 para 72 DHD em 2009. Em 2002 o aumento foi bastante acentuado no consumo de antidepressores, o que em parte pode ser explicado por algumas alterações legislativas, de acordo com (Furtado et al., 2010).

Quanto aos antipsicóticos, apresentam níveis de utilização inferiores (12 DHD em 2009), mas tiveram um crescimento também muito marcante nos últimos 10 anos (140%), ao

passo que os níveis de utilização dos sais de Lítio mantiveram-se praticamente residuais ao longo do período em estudo.

Analisando pelo lado da despesa global com os psicofármacos, verificou-se um crescimento da despesa a PVP (119%) e dos encargos suportados pelo SNS (213%), mas, relativamente aos encargos dos utentes, este não sofreu grandes alterações (Figura 3). No ano de 2007 ocorreu um ligeiro acréscimo com os encargos pagos pelos utentes e uma diminuição dos encargos do SNS devido à redução dos níveis de comparticipação pelo Estado.

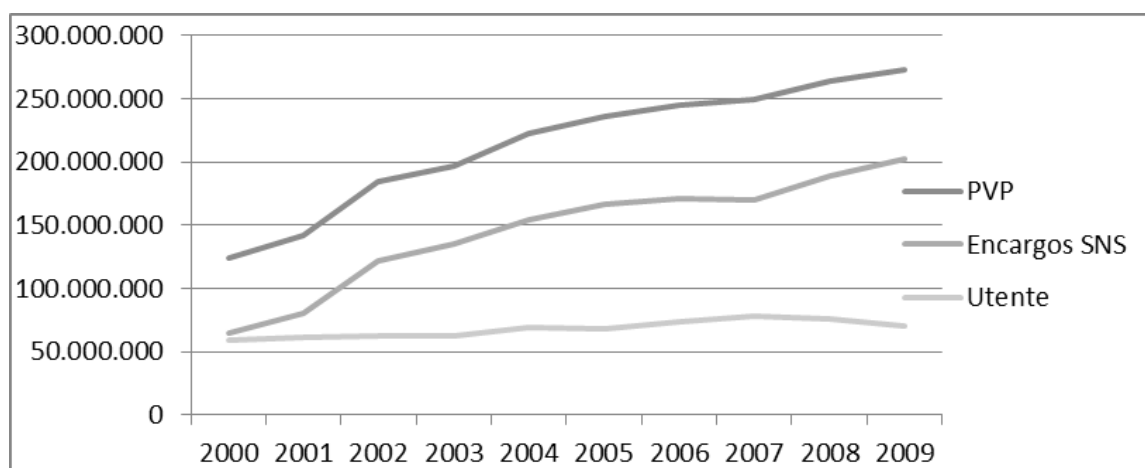


Figura 3: Evolução da despesa global com psicofármacos 2000-2009

Fonte: Furtado et al. (2010)

Numa análise mais profunda e detalhada aos encargos do SNS pode-se inferir que o aumento verificado fica-se a dever essencialmente ao crescimento dos encargos com a medicação antipsicótica e antidepressiva. Convém no entanto realçar que os ansiolíticos e os hipnóticos (benzodiazepinas) não estão abrangidos por nenhum regime especial de comparticipação estando englobadas no escalão C, usufruindo de uma comparticipação inferior às restantes classes, o que explica em parte o menor nível de encargos no SNS (Figura 3).

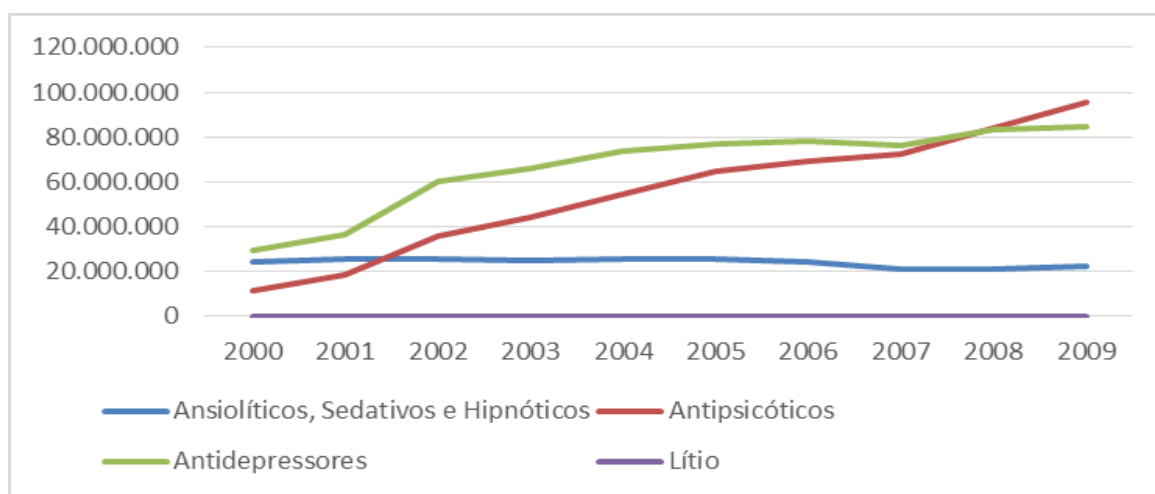


Figura 4: Evolução da despesa do SNS com psicofármacos por categorias 2000-2009

Fonte: Furtado et al. (2010)

No que concerne aos antipsicóticos e antidepressores verificou-se um crescimento acentuado dos encargos do SNS em 2001 e 2002 (ver Tabela 5 e Tabela 6), que de acordo com Furtado et al. (2010) foi decorrente do alargamento do regime especial decorrente da aplicação da Portaria 1474/2004, que foi extensível a todos os médicos, independentemente da especialidade. Devido a este facto, o regime especial de comparticipação teve uma utilização mais ampla, refletindo-se essa amplitude na taxa média de comparticipação.

Tabela 5: Evolução dos Encargos do SNS e taxa de comparticipação com Ansiolíticos e Antipsicóticos de 2000 a 2009

Fonte: Furtado et al. (2010)

Ano	Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos			Antipsicóticos		
	Encargos SNS	Var. Homologa	Tx comp	Encargos SNS	Var. Homologa	Tx comp
2000	24.262.537		48%	11.298.324		69%
2001	25.572.378	5%	48%	18.755.157	66%	80%
2002	25.725.275	1%	48%	36.031.032	92%	91%
2003	24.710.166	-4%	46%	44.219.884	23%	94%
2004	25.728.003	4%	46%	54.132.830	22%	95%
2005	25.346.967	-1%	45%	64.938.766	20%	97%
2006	24.321.891	-4%	44%	69.001.920	6%	96%
2007	21.356.151	-12%	41%	72.322.539	5%	95%
2008	21.044.676	-1%	41%	84.104.788	17%	96%
2009	22.574.068	7%	43%	95.541.014	14%	97%

Tabela 6: Evolução dos Encargos do SNS e taxa de comparticipação com Antidepressivos e Lítio de 2000 a 2009

Fonte: Furtado et al. (2010)

Ano	Antidepressores			Lítio		
	Encargos SNS	Var. Homologa	Tx comp	Encargos SNS	Var. Homologa	Tx comp
2000	29.232.706		51%	72.574		65%
2001	36.487.143	25%	56%	80.786	11%	74%
2002	60.261.502	65%	66%	90.475	12%	78%
2003	65.796.586	9%	68%	93.485	3%	79%
2004	73.889.649	12%	68%	116.132	24%	80%
2005	76.700.441	4%	68%	122.334	5%	81%
2006	78.132.414	2%	66%	119.776	-2%	81%
2007	76.540.958	-2%	64%	118.146	-1%	80%
2008	83.276.704	9%	67%	120.782	2%	80%
2009	84.519.565	1%	69%	121.383	0%	80%

No caso dos antidepressores, a taxa média de comparticipação passou de 69% em 2000 para 80% em 2001, ao passo que nos antipsicóticos essa taxa média passou de 51% em 2000 para 56% em 2001 e para 66% em 2002.

Verificou-se que em 2007 ocorreu um decréscimo dos encargos, associado à redução do nível de comparticipação, enquanto em 2009 os encargos voltaram a aumentar. Muito provavelmente este último crescimento pode ser associado à dispensa com comparticipação a 100% de medicamentos genéricos aos pensionistas.

3.4.3 Consequências

Face ao exposto e analisando os dados disponíveis, podemos inferir que, apesar das várias tentativas para se controlar os custos com a medicação para as doenças mentais, o consumo destas substâncias tem vindo aumentar. As alterações mais significativas feitas pelo Estado nos últimos anos, na estrutura de preços da medicação antidepressiva e neuroléptica, fez com que passasse a ocorrer uma transferência de custos do Estado para utente, penalizando quem da medicação precisa. É certo que houve outras medidas, como por exemplo a obrigatoriedade da baixa de preços de algumas moléculas ou a introdução de novos genéricos, que podem beneficiar o utente e o Estado, em termos de custos diretos.

Mas será deontologicamente correto que um qualquer doente mental, estabilizado, seja obrigado a trocar o seu medicamento por um genérico, quando é um dado cientificamente comprovado que este não têm a mesma libertação que o de marca?

Não deveria ser levado em linha de conta o superior interesse do doente?

Visto sob o prisma exclusivamente económico, os custos diretos da menor comparticipação de alguns medicamentos, ou em última análise a obrigatoriedade do doente optar pelo genérico, por insuficiência económica, pode não ser tão vantajoso nem para o doente nem para o próprio Estado, a médio e longo prazo. Com o aumento do custo da medicação habitual do utente, o doente pode não fazer a medicação com a frequência prescrita, revelando uma baixa adesão à terapêutica, ou pode optar por um genérico, mais barato, mas com uma libertação do princípio ativo diferente daquela que era pretendida pelo médico, dificultando ou até impossibilitando a estabilização do paciente. Uma das consequências imediatas desta instabilidade é, numa primeira análise, o aumento das consultas de psiquiatria, na tentativa de controlar o doente e, numa abordagem mais profunda, o aumento dos internamentos e do consumo da medicação (Figura 5). Por outro lado, temos também os aumentos com os custos indiretos, como o absentismo ou as baixas médicas, tendo um efeito nefasto nas despesas do Estado.

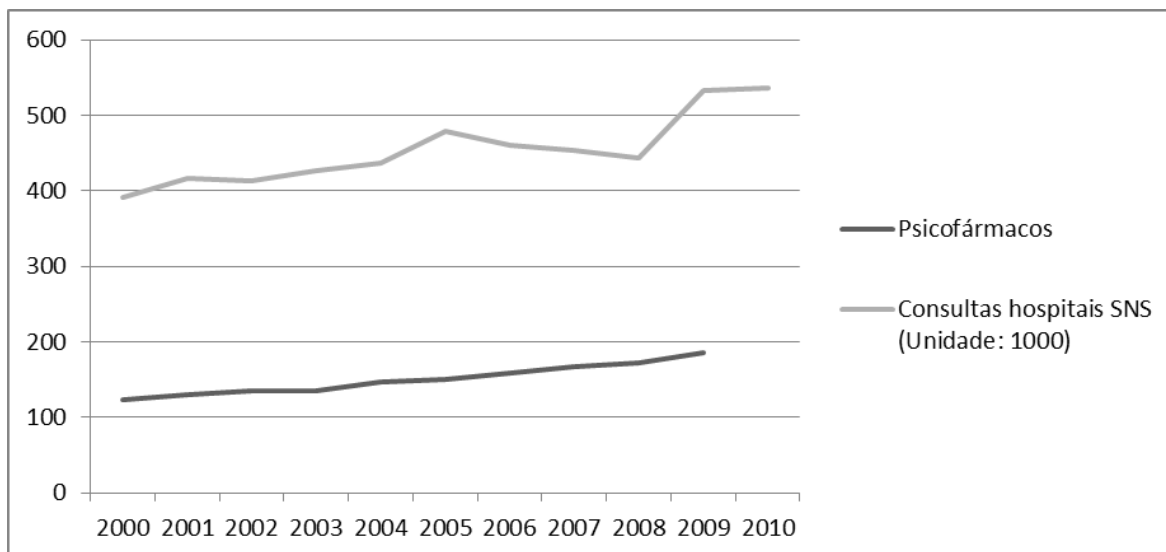


Figura 5: Evolução do consumo de psicofármacos e das consultas de psiquiatria

Fonte: DGS (2011); Furtado et al. (2010)

Com base nos dados e na informação explanada, podemos chegar a um modelo relacional, onde se equacione a relação de diferentes variáveis, tais como: crise, aumento de consultas de psiquiatria, aumento de consumo de medicamentos, aumento do número de internamentos e tratamentos, aumento do número de baixas médicas e aumento de despesa para o Estado.

Existe uma correlação direta entre a crise e as doenças do foro mental e, como consequência as consultas de psiquiatria tendem a aumentar, o que por sua vez leva ao aumento do consumo de medicamentos, ao aumento do número de internamentos e sessões de tratamento e ao aumento do número de baixas médicas. Todas estas variáveis terão uma repercussão nos custos do Estado, levando a um aumento dos mesmos, além de uma diminuição das receitas do trabalho, fruto do aumento das baixas médicas, como se pode ver na Figura 6. Face ao aumento de despesas com os medicamentos, invariavelmente o Estado aposta no caminho mais fácil e imediato, que é a diminuição da comparticipação, dificultando o acesso ao tratamento para muitos doentes. Por constrangimentos económicos, muitos doentes optam por não fazer a medicação, ou em última análise, não a fazer da forma como foi prescrita. Esta não adesão à terapêutica provoca como consequência mais contígua a descompensação do doente e, nos casos mais graves um novo internamento. Com estas nuances, o Estado que pretenderia poupar em primeira instância, provoca um avolumar de custos financeiros, deteriorando a saúde do doente, provocando um ciclo vicioso, cada vez mais recessivo.

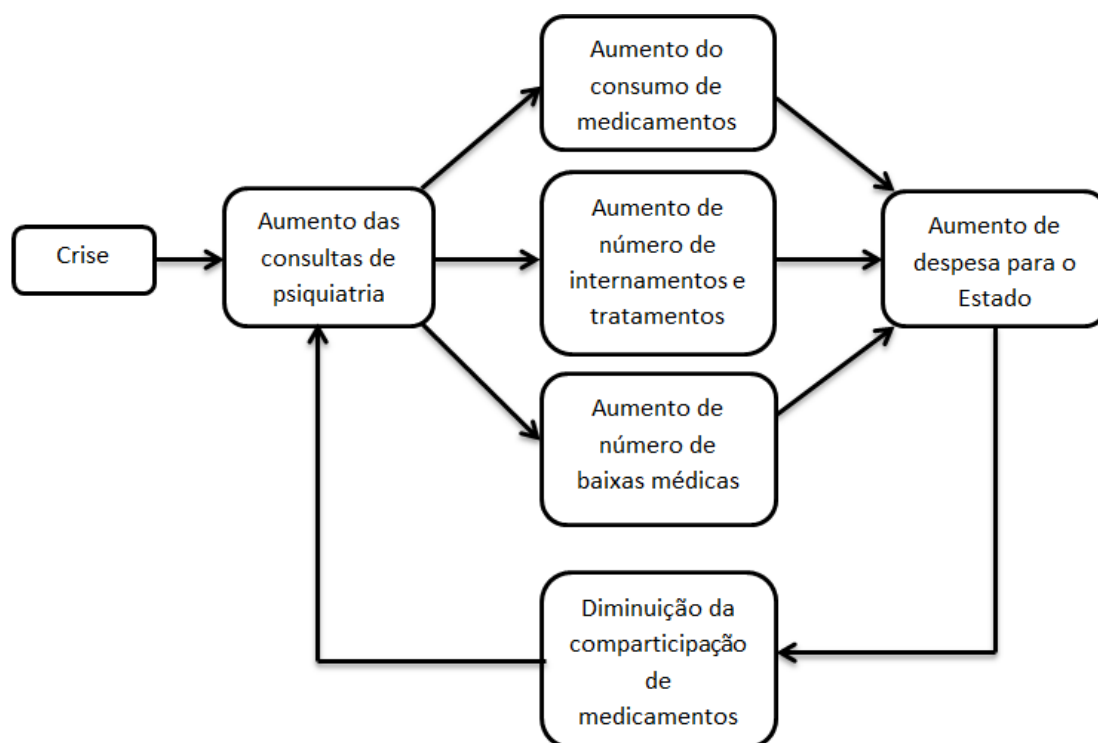


Figura 6: Efeitos do aumento das consultas de psiquiatria

Tendo os cortes na saúde particular incidência sobre o custo da medicação em ambulatório, estes podem induzir a um decréscimo significativo na adesão à terapêutica, com doentes a não comprar a totalidade dos medicamentos ou a interromperem os tratamentos a meio, provocando recidivas e descompensação dos pacientes, torna-se premente a introdução de mecanismos que, defendendo o superior interesse do doente, possam levar o Estado a controlar e diminuir a despesa de forma efetiva. Estes mecanismos podem passar pelo controle da prescrição, diminuição das fraudes, racionalização do medicamento, além de responsabilização e reeducação de todos os intervenientes na cadeia do medicamento, para que a medicação possa estar acessível a quem dela precise. Este mecanismo consiste num sistema semelhante à prescrição eletrónica, mas com mais requisitos para um melhor acompanhamento do doente.

Este mecanismo pode traduzir-se em ganhos significativos, para todos, como será exposto nas proposições do capítulo seguinte.

3.5 Conclusão

O conceito de doença mental está muitas vezes afetado por uma bipolaridade que é simultaneamente desvalorizada e estigmatizante. Se por um lado, as doenças mais graves como a demência ou a esquizofrenia têm o condão de serem objeto de estigma social, ostracizando o doente, agravando muitas vezes a sintomatologia, no vértice oposto temos as doenças mentais menos graves, como por exemplo a depressão ou a ansiedade, cujos sintomas são desvalorizados, muitas vezes pelo próprio doente, levando a uma intervenção tardia, o que pode complicar a cura ou a remissão dos sintomas. As doenças mentais não são todas iguais e, cada doente portador de uma enfermidade do foro mental, fruto das suas vicissitudes pessoais, encara a sua doença de uma forma diferente, sendo que, cada tratamento deve ser individualizado e ter em linha de conta todas estas variáveis.

Quando se enfrenta qualquer problema de saúde, é fundamental alcançar uma determinada estabilidade, para posteriormente se encetar o caminho da cura. Se isto se apresenta como uma verdade para a maioria das doenças, no campo da saúde mental, a procura da estabilidade revela-se como o verdadeiro axioma, sendo ela o ponto fulcral para se experimentar o caminho da recuperação. Existem vários estudos que relacionam a crise com o aumento das doenças mentais. Tendo em conta que as crises abalam a estabilidade e a confiança das pessoas, nada mais natural que, em épocas de crise, as doenças mentais tenham um incremento significativo. Nestas épocas de inconstância económica que grassa pelo nosso país e pelo mundo, no campo das doenças do foro mental, um trinómio assume particular destaque: crise/trabalho/doença mental. Estas três faces de uma mesma realidade estão umbilicalmente ligadas, e umas provocam as outras, de uma forma proporcional

E aqui reside o papel fundamental do Estado, que muitas vezes não é assumido na sua plenitude. Nestas épocas periclitantes, a intervenção do Estado deveria privilegiar a estabilidade, dotando os organismos de capacidades para apoiar os doentes mais fragilizados. Mas, ao invés daquilo que seria racional, o Estado, atuando numa vertente puramente economicista, visando uma poupança imediata, altera a comparticipação dos medicamentos, sobrecarregando os doentes com um aumento do copagamento, impossibilitando alguns do acesso ao tratamento.

Fica demonstrado neste capítulo, que o Estado, ao agravar a percentagem paga pelos utentes com doenças do foro mental, com medidas desgarradas e não tendo em conta as várias condicionantes, provoca desequilíbrios e instabilidade na saúde dos mesmos, induzindo os doentes numa espiral depressiva, com consequências nefastas quer para a saúde dos doentes, quer para as economias do Estado.

Se por um lado, neste emaranhado de fios, o Estado paga menos no imediato pela comparticipação dos medicamentos destinados às doenças mentais, na outra ponta deste novelo, esse mesmo Estado, vai ter custos exponencialmente agravados como consequência da periclitante saúde do doente, fruto dos internamentos por descompensação, do aumento das consultas de especialidade, além do aumento de outros custos, relacionados com o trabalho, como o absentismo ou as baixas médicas.

As soluções que têm sido apresentadas e levadas a cabo pelos sucessivos governos, transversais a vários quadrantes políticos, demonstram ser apenas algumas operações de cosmética financeira, não resolvendo os problemas de fundo, apenas adiam o sufoco financeiro em que o SNS está emaranhado, e transferem alguma da responsabilidade financeira para os utentes, já demasiado onerados.

A solução passa pois por uma mudança estrutural, apostando na tecnologia ao serviço da saúde, revolucionando os métodos de prescrição de aviamento de receituário, para que possam ser retiradas mais-valias financeiras para o Estado, cujo resultado se possa traduzir numa melhoria da assistência na saúde mental, extensível a outros ramos da saúde.

Capítulo 4

4 Proposições, Modelo e Especificação do Problema

O intuito primordial de qualquer trabalho de dissertação, de cariz literário, ou ensaístico é indubitavelmente captar a atenção do leitor e, levá-lo a refletir sobre o tema proposto. A finalidade original desta tese assentaria na demonstração do impacto que um sistema informação, semelhante à prescrição eletrónica de receitas poderia ter, resultando dessa implementação ganhos significativos que se traduziriam numa melhoria da saúde mental, no acompanhamento dos doentes. Sendo uma tese de gestão, quantificar o impacto da adoção destas medidas em termos de custos, seria outra das metas a atingir.

O objetivo passaria por tentar calcular a redução de custos que poderia ser conseguida com a implementação deste sistema, obtendo assim uma poupança nos gastos de saúde, podendo essa poupança ser catapultada para o aumento da comparticipação de alguns medicamentos, promovendo assim a adesão à terapêutica por parte do doente, que muitas vezes é abandonada por dificuldades económicas.

Num país que se diz evoluído livre e democrático, a disponibilização de dados estatísticos sobre a saúde deveria ser imediata e sem burocracias. Estando Portugal embrenhado numa profunda crise económica e financeira, qualquer tentativa de trabalho que refletisse alguma poupança para o erário público, deveria ser acarinhada e incentivada. O futuro passa incontornavelmente pelos jovens, e são eles que, com a sua irreverência e vontade de mostrar serviço que podem alavancar o nosso país, dotando-o de ferramentas para debelar esta crise.

Por isso, não podemos deixar de manifestar alguma estranheza e deceção na não disponibilização dos dados solicitados aos vários organismos ligados à saúde. Não sendo possível a obtenção de dados quantitativos, que nos permitissem o cálculo das poupanças que se poderiam obter, impôs-se a necessidade de procurar um caminho alternativo, uma espécie de plano B, que nos permita alcançar os objetivos traçados, senão na sua plenitude, o mais perto possível do inicialmente proposto.

Modificadas as metas, o objetivo passa assim por tentar demonstrar o benefício em termos qualitativos da implementação de um sistema tendo por base a prescrição eletrónica, para todas as partes envolvidas.

Neste capítulo serão aventadas algumas proposições, que ajudam a compreender a problemática e avançaremos com um modelo que pertence analisar a relação entre a comparticipação de medicamentos e os sistemas de informação. As proposições sugeridas serão estruturadas num modelo conceptual, que pretende demonstrar a interligação entre as várias proposições explanadas.

A metodologia utilizada será também incluída neste capítulo, e fruto duma análise sumária e explicativa dos processos utilizados.

No âmbito deste capítulo, está indubitavelmente a abordagem às necessidades fundamentais para o melhoramento da saúde mental. E para que as melhorias sejam visíveis, a agremiação de esforços entre as diversas partes interessadas torna-se

fundamental. Cada parte pode e deve dar o seu contributo, quer individualmente, quer em coadjuvação com outras partes interessadas naquilo que é fundamental: O superior interesse do doente. Veremos neste capítulo como é que os diversos profissionais envolvidos no processo podem interagir entre si, potenciando o tratamento, solicitando para o efeito, outras partes, como a família ou a comunidade, unindo esforços em prol do doente mental.

Por se tratar de um sistema de informação, serão afluídos os requisitos do sistema em causa, nas diversas fases de acompanhamento do doente assim com a gestão de dados ao longo de todo o percurso, assim como a intervenção de cada parte interessada, utilizando para isso o recurso a *use cases*.

4.1 Proposições

Num sector tão sensível como o da saúde, é sempre necessário uma certa ponderação na implementação de algumas medidas. Como foi demonstrado anteriormente, a simples diminuição da comparticipação de medicamentos, tomada avulso, sem outras medidas de suporte, ao invés de produzir a desejada redução de custos, pode acarretar não só um aumento nos custos do Estado na área da saúde como também induzir abandono das terapêuticas prescritas, causando descompensação em muitos doentes, provocando diminuição na qualidade de vida dos mesmos. Sob este prisma, torna-se premente e necessário introduzir outras políticas que passem pela promoção da saúde mental, promovendo a adesão à terapêutica e potenciando a estabilização dos doentes mentais. Um sistema de acompanhamento da saúde mental poderá incrementar não só os benefícios para o doente mental como, paralelamente contribuir para uma redução dos custos para o Estado no médio/longo prazo.

Com base em algumas recomendações de boas práticas para a saúde mental e com base na constatação da realidade atual, com o aumento das consultas de psiquiatria e a flutuação do preço dos medicamentos podem ser aventadas algumas proposições, que permitirão compreender em que medida o sistema de prescrição eletrónica, com todas as suas potencialidades, pode beneficiar, não só o paciente, mas também o próprio Estado.

Em conformidade com a revisão da literatura, apresentada nos capítulos anteriores, as seguintes proposições foram formuladas.

Uma das recomendações emanadas dos organismos oficiais, prende-se com o envolvimento de toda a comunidade quer profissional quer familiar, em torno do doente. Nesse sentido foi formulada a proposição seguinte:

- i. P₁: A implementação de um sistema de acompanhamento mental produz um impacto positivo significativo no acompanhamento do doente mental.

Um melhor acompanhamento, envolvendo toda a comunidade ligada ao doente, possibilita uma melhor adesão à terapêutica prescrita, consolidando a recuperação, favorecendo a estabilização, evitando possíveis recaídas e evitando os desperdícios de recursos quer humanos quer materiais, levando a uma melhoria do estado geral do doente. Nesse sentido foi formulada a proposição seguinte.

- ii. P₂: Um melhor acompanhamento do doente mental tem um impacto positivo significativo na melhoria da saúde mental.

A aposta na promoção da saúde do doente mental e na consequente estabilização do mesmo, reduzindo os custos de internamento e consultas de especialidade e visando a melhoria da saúde mental, potencia a diminuição dos custos, o que é enquadrável na proposição aventada a seguir:

- iii. P₃: A melhoria da saúde mental tem um impacto positivo significativo nos custos do Estado.

Parte fundamental na recuperação de qualquer doença é indubitavelmente a terapêutica medicamentosa. Esta verdade torna-se mais exacerbada no contexto mental, onde as terapias recomendadas devem ser assertivas, equilibradas e prolongadas no tempo, no sentido de promover a estabilização. Para que esta assertividade esteja garantida, é fundamental que o acesso ao medicamento esteja ao alcance de quem necessita, a preços estáveis, em quantidades e doses precisas, evitando assim os desperdícios de medicação e as recidivas na doença. Sob o prisma da racionalização e da acessibilidade ao medicamento foi alvitrada a seguinte proposição:

- iv. P₄: A implementação de um sistema de acompanhamento mental reverte-se num impacto positivo significativo na racionalização do medicamento.

A Organização Mundial de Saúde em 1985 em Nairobi, no Quênia, estabeleceu que “o uso racional de medicamentos requer que pacientes recebam medicação apropriada para a sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as suas necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para eles e para a sua comunidade” (Grand, Hogerzeil, & Haaijer-Ruskamp, 1999, p. 89).

Da promoção da acessibilidade ao medicamento e da simultânea aposta na racionalização do mesmo, resulta um consumo mais responsável, com a redução consequente do desperdício, permitindo estas medidas reduções nos custos da saúde, que podem ser alocados em parte para a área mental, como é emanado pelas diretrizes mundiais. A proposição seguinte vem ao encontro dessas emanções:

- v. P₅: A racionalização de medicamentos tem um impacto positivo significativo nos custos do Estado, permitindo a alocação de recursos para a saúde mental.

Estas medidas, lançadas de forma simbiótica, permitiriam, de uma forma geral, uma melhoria na assistência de saúde em Portugal, com particular incidência no que concerne à saúde mental, induzindo uma redução de custos para o Estado e para os utentes, baseado num controlo muito mais efetivo quer do doente quer dos recursos. Nesse sentido, foi formulada a proposição que se segue:

- vi. P₆: A diminuição dos custos económicos e sociais do Estado tem um impacto positivo significativo na criação de poupança por parte do Estado.

4.2 Modelo

A Figura 7 representa o modelo estrutural e todas as proposições, sendo que as setas indicam os efeitos causais esperados.

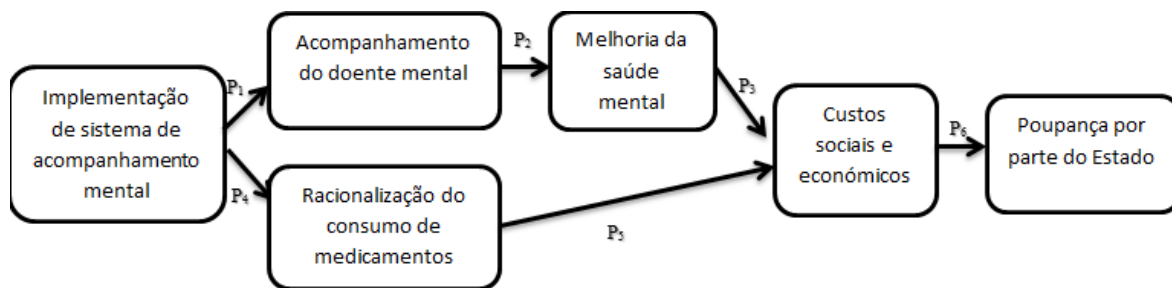


Figura 7: Modelo Conceptual relativo ao impacto da implementação de um sistema de acompanhamento mental

Assegurada a execução de um sistema de acompanhamento ao portador de doenças do foro mental, será possível acompanhar o doente mental em todas as fases do seu tratamento, o que por si só levará a uma melhoria da saúde mental. Por outro lado a implementação deste sistema também terá um impacto na racionalização do consumo de medicamentos.

Conseguindo uma melhoria da saúde mental e a consequente racionalização do consumo de medicamentos, os impactos causados afetarão diretamente os custos sociais e económicos, levando assim a uma diminuição dos mesmos. Esta diminuição conduzirá a uma poupança gerada por parte do Estado que poderá ser alocada para um aumento na comparticipação de alguns medicamentos, uma vez que, como já foi referenciado, a diminuição da comparticipação de medicamentos por parte do Estado só é geradora de mais despesa.

4.3 Metodologia

Numa primeira etapa, o objetivo foi desenhar o sistema a ser implementado, para isso foi utilizado o programa Visual Paradigm for UML 10.1, para melhor definir os requisitos do sistema. Primeiro foi construído o diagrama do processo de consultas e acompanhamento do doente mental e posteriormente definiu-se *use cases* para cada interveniente no bem-estar do doente mental.

Na etapa seguinte, foram realizadas três entrevistas, para que se pudesse perceber se o sistema em questão estaria adaptado às necessidades dos utilizadores ou se seriam necessários ajustes. Nesse sentido foram auscultadas profissionais ligadas à área da saúde e gestão de sistemas de informação, cujo contributo é sempre de realçar. A Professora Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós, Professora Coordenadora S/Agregação da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, José Ignacio Guinaldo Martim, Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro e Mestre Licínio Kustra Mano, cofundador da iUZ Technologies e Professor Assistente da Universidade de Aveiro, deram um inestimável contributo, apontando outras direções que ainda não tinham sido equacionadas.

Por fim, tentaram-se validar algumas proposições, com base nos benefícios que o sistema traria tanto para o doente mental, como para o Estado e a própria sociedade.

4.4 Melhorias necessárias para um melhor acompanhamento do doente mental

Portugal, relativamente aos países da Europa, encontra-se muito atrasado no que concerne à saúde mental, devido à falta de planeamento e de apoio consistente para a melhoria de serviços de saúde mental. Hoje, muitos dos Serviços de Saúde Mental estão localizados

nos Serviços de Saúde Mental local, mas a maior parte dos recursos financeiros (83%) são gastos em atendimento hospitalar (OMS, 2009).

Por existirem lacunas nesta área torna-se imperativo encontrar ferramentas que ajudem tanto os profissionais como os próprios pacientes, para que haja um aumento de bem-estar para a comunidade e para que possa existir uma otimização de recursos. Assim sendo é necessário identificar quais os principais intervenientes na área da saúde mental, bem como quais as melhoras que estes intervenientes podem proporcionar, que melhoras poderão ser suportadas por sistemas de informação e, por fim, que requisitos serão necessários para ter um sistema de informação que forneça um acompanhamento do doente mental. Estes serão os tópicos tratados nas subsecções seguintes.

4.4.1 Stakeholders interessados no bem-estar do doente mental

O termo *stakeholders* que por tradução quer dizer partes interessadas, quando aplicado à saúde mental, refere-se a todas partes envolvidas no tratamento e recuperação da saúde mental do doente. Nas patologias de origem mental, as partes interessadas assumem um papel preponderante, uma vez que podem dar o suporte necessário para debelar a doença. Mas, nem sempre isso acontece. Muitas vezes as doenças mentais surgem exatamente pela falta de apoio familiar, e isso é particularmente observável nos doentes mais idosos, não raras vezes ostracizados pelas famílias. Neste particular, é fundamental a ação dos organismos sociais, de forma a identificar situações emergentes e atuar sempre que necessário.

4.4.1.1 Família

A família assume um papel preponderante na recuperação do doente mental. O espectro da doença não atinge apenas o indivíduo afetado pela patologia, assumindo contornos muito mais abrangentes, envolvendo a família mais próxima e muitas vezes a família alargada. No caso particular das doenças do foro mental, os constrangimentos causados assumem contornos muito mais exacerbados. A doença mental pode provocar desgaste e fricções no seio familiar, sendo que, para se obter uma cura ou a remissão dos sintomas, torna-se imprescindível a envolvimento familiar. Torna-se pois indispensável que a família esteja motivada para a problemática da doença, tenha conhecimento da mesma e que saiba de que forma possa ajudar o doente. Casos as famílias não tenham essa capacidade ou competência, é inevitável a intervenção dos organismos sociais.

4.4.1.2 Médicos psiquiatras ou neurologistas

Uma perturbação mental não carece apenas de tratamento farmacológico e psiquiátrico. O psiquiatra assume um papel indispensável aquando do diagnóstico da doença, que muitas vezes assume contornos muito difusos. É fundamental o acompanhamento do doente na fase pós diagnóstico pelo médico especialista, onde serão feitas várias provas terapêuticas no sentido de debelar ou eliminar completamente os sintomas. Mas isso nem sempre é possível, e nunca se revela uma tarefa fácil. Dependendo da doença e do seu grau de proliferação, o psiquiatra pode ter a necessidade de mudar várias vezes de medicação, até à estabilização do doente, com a conseqüente diminuição dos sintomas. Muitas vezes, estes períodos até à estabilização podem arrastar-se por alguns meses. É pois fundamental que o mesmo médico psiquiatra ou neurologista esteja disponível para o doente, durante as consultas que sejam necessárias até ao controle da doença.

4.4.1.3 Técnicos de saúde (psicólogos, terapeutas ocupacionais)

Se o papel do médico é fundamental para o diagnóstico e prescrição da medicação adequada na tentativa de minorar os sintomas, tratando-se de doenças do foro mental, torna-se imperioso o recurso aos técnicos de saúde. No caso das doenças relacionadas, tratando apenas os sintomas, a cura quando possível, fica muito mais distante. Os tratamentos médicos e farmacológicos no campo da doença mental visam quase sempre a remissão dos sintomas e a estabilização do doente. Mas, muitas vezes isso não é possível se a causa não for atacada.

À semelhança dos outros campos da medicina, quando surge um sintoma, em primeiro lugar é necessário debelá-lo, mas o passo seguinte tem que passar indubitavelmente pelo tratamento da causa. Por exemplo, se um doente faz um quadro febril, a primeira abordagem é feita com um antipirético, mas se o problema persistir, torna-se imperioso atuar na causa que o provoca. E se os exames complementares de diagnóstico podem ser uma preciosa ajuda na procura das causas da enfermidade, na saúde mental a ajuda desses meios complementares de diagnóstico pode não ser tão profícua.

Além do mais, descoberta a causa, a cura passa muitas vezes por uma mudança de atitude face à causa. E para coadjuvar essa transmutação de postura face à causa do problema mental, nada melhor que a intervenção dos psicólogos e terapeutas ocupacionais. São estes profissionais de saúde que, através do diálogo e técnicas diversas, podem dotar os doentes afetados de perturbações mentais de ferramentas que se podem revelar alavancas basilares para vencer a doença.

No modelo atual do nosso Serviço Nacional de Saúde, o papel destes profissionais está um pouco relegado para segundo plano, não lhes dando o necessário relevo. Torna-se fundamental para uma abordagem mais efetiva à problemática mental, a criação de equipas multidisciplinares, que integrem vários profissionais de saúde, e que abordem a doença mental de uma forma muito mais assertiva, complementando-se o trabalho de uns, com o serviço de outros.

4.4.1.4 Enfermeiros

Os enfermeiros assumem um papel importante como elo de ligação entre o doente e o médico especialista. Não podemos esquecer que o enfermeiro está muito mais próximo do doente, passando com ele muito mais tempo que o médico. A ligação que o doente cria com o pessoal de enfermagem é muito mais vinculativa do que a criada com o médico.

Trabalhando em estreita cooperação com o clínico, alertando-o para pequenos sinais ou sintomas que podem passar despercebidos em contexto de consultório, o enfermeiro pode auxiliar na melhoria do diagnóstico ou no ajuste da medicação de forma a controlar a doença muito mais rapidamente.

4.4.1.5 Trabalhadores sociais

Os trabalhadores sociais podem e devem assumir uma quota-parte na responsabilidade de encaminhamento de doentes com patologias mentais para os serviços especializados. Lidando no terreno, fruto das suas necessidades profissionais, muitas vezes junto de famílias desestruturadas e disfuncionais, são o parceiro privilegiado dos serviços de saúde para detetar precocemente potenciais focos de doenças mentais, para posteriormente os encaminharem para os serviços competentes.

Estes assistentes sociais podem também ter um papel fundamental quer na motivação para a participação da comunidade na recuperação deste tipo de doentes, e acima de tudo podem ter um papel essencial na envolvimento familiar em torno do doente.

4.4.1.6 Comunidade

Não raras vezes o doente mental é visto como um portador de uma doença contagiosa, um leproso que é preciso isolar. Este estigma lançado sobre o doente mental obriga-o muitas a isolar-se, não favorecendo a sua recuperação.

É obrigação da comunidade, estar atenta a este tipo de discriminações e utilizar mecanismos que permitam a integração dos doentes afetados com problemas do foro mental. Esta integração pode passar por terapias ocupacionais, tertúlias sobre a temática, e um elevado número de atividades que, desenvolvidas pelos agentes das comunidades podem facultar a inserção gradual dos portadores de doenças mentais, promovendo a ocupação dos tempos livres e potenciando a redução dos sintomas. Ao fomentar este tipo de atividades as comunidades atuam com uma dicotomia de sentido, uma vez que, por um lado integram os portadores de enfermidades mentais e por outro, minimizam a estigmatização que estes doentes são alvo.

4.4.1.7 Farmacêuticos

As farmácias, farmacêuticos e os técnicos de farmácia podem assumir um papel com uma enorme relevância na implementação de um sistema de informação que permita a monitorização dos doentes do foro mental.

Para que isso se concretize, existem desde já fatores com enorme importância, e que poderiam alavancar todo este projeto. Embora o panorama tenha vindo a mudar nos últimos anos, fruto de uma conjuntura recessiva que grassa pelo nosso país, aliada às constantes mutações no mercado do medicamento, as farmácias comunitárias em Portugal ainda têm um excelente distribuição geográfica e, acima de tudo, continuam a manter um relacionamento de grande proximidade, quase familiar com os utentes.

Nesse sentido, e tendo em conta estas relações de proximidade, a farmácia seria um parceiro privilegiado no concerne à implementação destes sistemas. Estando muito próxima das populações, a farmácia assumiria o papel de interlocutor com a classe médica, no sentido de relatar efeitos secundários ou reações adversas à medicação, assim como poderia controlar de forma assertiva e eficaz a adesão à terapêutica por parte do doente. Este tipo de informação, veiculada por canais próprios e seguros, chegaria ao clínico em tempo útil, podendo este em coordenação com a sua equipa multidisciplinar atuar de forma muito mais segura e assertória.

Claro que para que tudo isto pudesse funcionar, seria fundamental a coordenação entre todas as partes envolvidas, para que, em primeiro lugar fosse salvaguardado o superior interesse do doente e, em segundo, a intervenção teria que ser o mais precoce possível, evitando assim o agravamento dos sintomas e aumentando as hipóteses de remissão da doença. Todos podem e devem intervir e ajudar, em prol do bem-estar do doente, conseguindo desta forma uma redução de custos para o Estado.

4.4.2 Como melhorar o bem-estar do doente mental

Para que estes processos funcionassem, era necessário a agremiação entre todas as partes interessadas, sendo que o sistema de informação de suporte deveria ter a capacidade de interligar toda essa informação.

Trabalhando com informação variada, com regras deontológicas bem definidas, muitas vezes protegidas por lei, a partilha de informação entre as diversas partes interessadas deve ser feita com particular cuidado. Para isso é fundamental que o novo cartão de utente tenha este tipo de informação fracionada, protegida, com acessos limitados a quem a ela tivesse acesso.

Dito por outras palavras, no topo da pirâmide teríamos o médico, com acesso ilimitado a todo o historial clínico, farmacológico e terapêutico do doente, seguindo-se os enfermeiros e os técnicos de saúde com um acesso mais limitado, mas suficiente para o bom desempenho da sua função. O farmacêutico e o seu pessoal, devidamente habilitado, teriam apenas acesso à informação necessária e suficiente, nomeadamente o seu historial farmacológico, alergias medicamentosas entre outros.

Para as comunidades, teriam de ser criados sistemas de alerta que, em parceria com os trabalhadores sociais pudessem alertar o médico ou o pessoal auxiliar sobre qualquer informação considerada útil para o tratamento do doente.

Dito de outra forma, ao médico especialista caberia a função de diagnosticar e medicar, numa primeira fase, para posteriormente, caso entendesse necessário, transmitir quer ao psicólogo quer ao enfermeiro o tipo de diagnóstico obtido, a medicação prescrita, assim como o plano de terapias complementares que entendesse adequadas. Numa segunda fase, a informação que fosse considerada importante e não violasse o código deontológico do clínico, era transmitida às outras partes interessadas, para que estas, na medida das suas competências, pudessem complementar as terapias propostas.

Nesta cadeia de transmissão de informação, o papel das farmácias seria fundamental no apoio farmacológico ao doente, recolhendo o *feedback* do mesmo, para o comunicar posteriormente ao médico, psicólogo ou enfermeiro o efeito das terapias medicamentosas. A comunicação do efeito das terapias não medicamentosas seria comunicada de uma forma ascendente, com a família na base desta pirâmide de informação, como se pode verificar na Figura 8, que seria transmitida às partes interessadas.

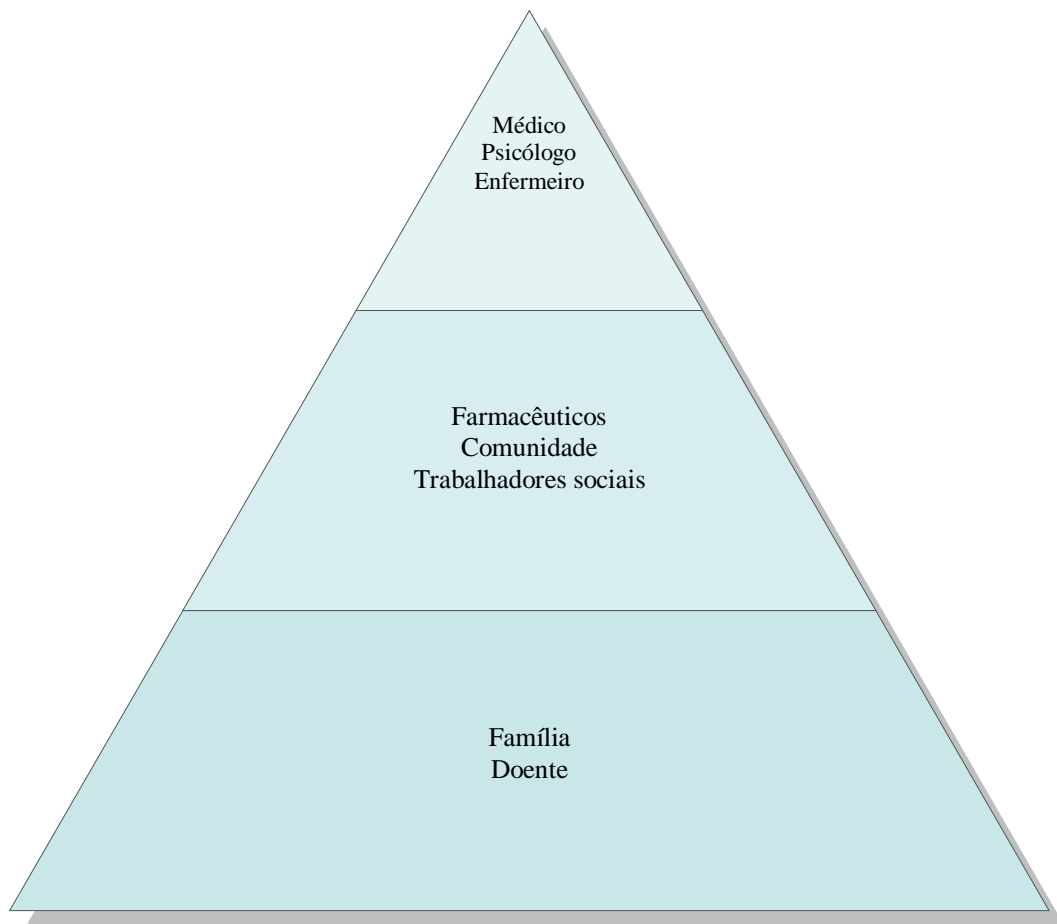


Figura 8: Pirâmide de Informação

De uma forma mais pormenorizada.

4.4.2.1 Famílias

Sendo a família a parte interessada e, por inerência, a mais próxima do doente, o novo sistema de informação a implementar tem que, necessariamente integrar a possibilidade de poder ser transmitida informação às outras partes interessadas sobre a evolução do doente, a adesão ao tratamento prescrito, assim como outras informações que possam se relevantes para o desenvolvimento do combate à doença.

A transmissão dessa informação deve ser feita com alguma periodicidade, utilizando para o efeito plataformas *on-line*, com o preenchimento de questionários simples, permitindo que o profissional de saúde aceda a essa informação em tempo útil. Estas plataformas estariam disponíveis em qualquer computador com ligação à internet ou em terminais disponíveis nos centros de saúde.

E como nem toda a população tem acesso à internet ou facilidade na sua utilização, era fundamental a colaboração dos trabalhadores sociais, de forma a fazerem a ponte entre as famílias e as outras partes interessadas. Este tipo de requisitos ainda não se encontra presente em nenhum dos sistemas de informação analisados.

Este envolvimento por parte da família é essencial, uma vez que podem detetar precocemente os casos de não-adesão à terapêutica ou terapêutica abusiva, que podem afetar o planeamento médico para o combate à doença. A não adesão à medicação prescrita ou o abuso da mesma pode tornar os tratamentos muito mais complexos, sobrecarregando as despesas de saúde que do Estado quer das famílias. Segundo Cleemput, Kesteloot, & DeGeest (2002), nos EUA os custos anuais de hospitalização relacionados com a não adesão à medicação foram estimados em cerca de 13.350 milhões dólares no ano 2000, o que representou cerca de 1,7% de todas as despesas de saúde, o que indica que a não adesão além de ser um problema médico, que pode ter implicações na saúde pública, pode-se revelar um problema económico de uma enorme magnitude.

Para além disso a falta de apoio familiar ou de outro tipo de auxílio na toma de medicamentos, tem sido apontada como umas das causas da diminuição das taxas de adesão (Green, Levine, Wolle, & Deeds, 1979; Smith, Seale, Ley, Shaw, & Bracs, 1986).

4.4.2.2 Médicos

Como já foi supra focado, os médicos especialistas assumem neste sistema de informação um papel fundamental e preponderante. Com acesso praticamente ilimitado, os clínicos são o ponto fulcral, o verdadeiro cerne da questão, em torno do qual as vantagens deste sistema podem ser potenciadas.

Com implementação de um sistema de receita eletrónica, na verdadeira aceção da palavra, uma parte do tempo do médico passa a estar disponível para novas consultas ou, em última análise, despende mais tempo de qualidade aos seus pacientes.

O sistema atual de prescrição, apenas permite, na melhor das hipóteses, efetuar a prescrição de receitas em triplicado, o que muitas vezes não garante o acesso à medicação durante o hiato de tempo que medeia as consultas. Tendo em conta que há determinado tipo de medicação que só é comparticipada quando prescrito por clínicos da especialidade, a implementação deste sistema de informação permitiria a renovação automática da medicação e respetiva comparticipação, desde que essa informação estivesse implantada no cartão de utente.

Com a execução de um sistema de informação com estas capacidades, o tempo do médico seria rentabilizado, permitindo ao clínico disponibilizar mais tempo de qualidade nas suas consultas, permitindo-lhe até reduzir o hiato de tempo entre as consultas de rotina. Com estas alterações, a relação entre o médico e o doente sairia reforçada, sendo criados laços de maior proximidade, que podiam potenciar uma melhor adesão à terapêutica.

Tendo mais tempo disponível para o doente, a informação prestada pelo médico ao paciente poderia incidir mais em aspetos técnicos da medicação prescrita, efeitos secundários possíveis, interações medicamentosas, reforçando a importância da adesão à terapêutica para a obtenção de melhorias. Os atuais sistemas de informação já dispõem de mecanismos auxiliares no que concerne aos efeitos secundários e interações entre medicamentos, sendo que o novo sistema funcionaria como uma espécie de *upgrade* no que a este aspeto diz respeito.

Com a maior disponibilidade do médico para o doente, a cooperação com outros técnicos de saúde tornar-se-ia muito mais incisiva. Competia ao clínico esclarecer o doente da necessidade de aderir a outras terapias, nomeadamente a psicologia e a terapia ocupacional,

que sobre a orientação do médico especialista e em cooperação com este, poderia potenciar os efeitos dos medicamentos.

4.4.2.3 Técnicos de saúde (psicólogos, terapeutas ocupacionais)

Neste sistema de informação, a relevância dos técnicos de saúde assume particular destaque. No caso das doenças do foro mental, na maioria das vezes não é suficiente diagnosticar e medicar. Muitas das vezes, com este tipo de terapias, estamos apenas a atuar nos sintomas e não na causa dos mesmos.

Nesse aspeto torna-se fundamental a intervenção de um técnico de saúde que, coadjuvado pelo especialista em saúde mental, vai incidir a sua atuação sobre as causas da doença, tentando dotar o doente de ferramentas para debelar a doença. No panorama atual do Serviço Nacional de Saúde, o papel dos técnicos de saúde é muitas vezes relegado para segundo plano, não se tirando partido das suas potencialidades. A medicina convencional está vocacionada para o tratamento nos sintomas, quando, muitas vezes para obter resultados, seria suficiente atuar nas causas. Os sistemas de informação atuais não promovem este intercâmbio de esforços, atuando as diversas especialidades de forma autónoma e não interligadas.

O sistema a implementar promoveria o trabalho multidisciplinar, com partilha da informação relevante, com o intuito de unificar esforços a bem do doente. O acompanhamento do doente, feito de forma muito mais assídua do que aquele efetuado pelo médico especialista, seria fundamental, não só para atestar a adesão da terapêutica por parte do doente, mas também para detetar necessidade de adaptação da posologia, ou algum efeito secundário ou interação que tenha passado despercebido ao médico.

4.4.2.4 Enfermeiros

De igual forma, os enfermeiros assumem, neste novo sistema, um papel muito importante. Lidando com o doente com muito maior frequência que os psicólogos ou médicos, os enfermeiros funcionam como elo de ligação aos restantes membros da equipa. Ao observarem os doentes, muitas vezes diariamente, com laços de afetividade muito mais profundos, o enfermeiro pode ser o elemento chave no que concerne à adesão da terapêutica ou os seus efeitos secundários, motivando o doente para os tratamentos, podendo monitorizar dados que posteriormente seriam analisados pelos médicos e técnicos de saúde. Os sistemas de informação utilizados nos hospitais e centros de saúde, não estão vocacionados para essa partilha de informação.

No novo sistema a implementar, a comunicação de informação clínica ou outra que se julgue relevante, seria promovida, para que o intercâmbio de informação potenciase a melhoria do doente. O sistema de informação fomentaria o tratamento simbiótico da informação, para que cada ramo dos profissionais de saúde tirasse partido dessa informação, e o aplicasse no superior interesse do doente.

De acordo com Aubert et al. (2003) a monitorização do tratamento antidepressivo conduzido por enfermeiros demonstrou uma melhora à adesão à medicação.

4.4.2.5 Trabalhadores sociais

Os trabalhadores sociais, embora sem formação específica em saúde, chamam a si a coordenação da ligação entre os doentes as famílias e os profissionais de saúde.

Trabalhando no terreno, muito próximo dos doentes e seus familiarizares, são eles que muitas vezes detetam em primeira-mão as alterações comportamentais que podem desaguar em doenças do foro mental.

Os assistentes sociais, com profundo conhecimento das necessidades das famílias, podem também fazer a ponte entre estas e os organismos de saúde, reportando-lhes factos relevantes que podem ser importantes para novas abordagens à doença.

Num país onde, apesar do esforço governamental, ainda existe um elevado grau de iliteracia, onde muitas famílias não dispõem de capacidades de comunicação, são estes assistentes sociais que podem servir de elo de comunicação com os profissionais de saúde, atualizando as informações sobre os doentes com periodicidade.

No novo sistema de informação a ser implementado, os trabalhadores sociais, apenas teriam acesso à informação não sigilosa, mas suficiente para exercerem cabalmente a sua profissão. Nos sistemas existentes, a comunicação entre os diferentes intervenientes no processo, quando existente é deficitária, e muitas vezes demasiado burocrática. Os trabalhadores sociais assumiriam também o papel de mediadores entre os doentes e suas famílias e a comunidade onde estão inseridos, trabalhando em estreita colaboração com os técnicos de saúde, de forma a complementar as psicoterapias iniciadas em contexto de consultório.

4.4.2.6 Comunidade

Não raras vezes o doente do foro mental é ostracizado e deixado completamente à margem da comunidade. As forças vivas das comunidades podem ter uma importante palavra a dizer na inserção dos doentes que padecem de doenças mentais. Em vez de segregar e isolar as vítimas de doenças mentais, devem em cooperação com os serviços sociais, promover atividades que facilitem a inclusão dos doentes na comunidade. Essas atividades, preparadas também em coordenação com as equipas técnicas de saúde (psicólogos e terapeutas ocupacionais), podem ser de etiologia muito diversa, e além de promoverem a inclusão têm como objetivo secundário preencher parte dos tempos livres do doente.

É certo que já existem algumas atividades, de carácter local, que tentam preencher estas lacunas, mas são feitas de forma desgarrada, dirigidas a toda a população, com particular enfoque nos reformados, e sem a componente de interligação aos serviços de saúde. A coordenação deste apoio da comunidade às pessoas com doenças mentais centrar-se-ia na figura do cuidador da saúde, a ser criada no seio das comunidades, com o intuito de organizar e orientar as terapias complementares levadas a cabo pela sociedade civil.

O novo sistema de informação permitiria emanar diretrizes específicas por parte dos técnicos de saúde, coordenando-as com os serviços sociais, aplicando-as a nichos concretos de doentes. Estamos a falar de atividades de carácter desportivo, como um simples ginástica ou caminhadas ou então de carácter mais lúdico, como jogos de damas, xadrez, clubes de leitura e escrita, ou outros jogos didáticos. Tudo isto seria suportado pelo sistema de informação, com interligação com todas as partes envolvidas.

4.4.2.7 Farmacêuticos

As farmácias, farmacêuticos e os técnicos de farmácia podem assumir um papel com uma enorme relevância na implementação de um sistema de informação que permita a monitorização dos doentes do foro mental.

Para que isso se concretize, existem desde já fatores com enorme importância, e que poderiam alavancar todo este projeto. Embora o panorama tenha vindo a mudar nos últimos anos, fruto de uma conjuntura recessiva, aliada às constantes mutações no mercado do medicamento, as farmácias comunitárias em Portugal ainda têm um excelente distribuição geográfica e, acima de tudo, continuam a manter um relacionamento de grande proximidade, quase familiar, com os utentes.

Nesse sentido, e tendo em conta estas relações de proximidade, a farmácia seria um parceiro privilegiado no concerne à implementação destes sistemas. Estando muito próxima das populações, a farmácia assumiria o papel de interlocutor com a classe médica, no sentido de relatar efeitos secundários ou reações adversas à medicação, assim como poderia controlar de forma assertiva e eficaz a adesão à terapêutica por parte doente. Este tipo de informação, veiculada por canais próprios e seguros, chegaria ao clínico em tempo útil, podendo este em coordenação com a sua equipa multidisciplinar atuar de forma muito mais segura e assertiva.

Segundo Bell, McLachlan, Aslani, Whitehead, & Chen (2005) o envolvimento do farmacêutico e dos seus colaboradores é associado a melhorias significativas na adesão ao medicamento ou melhorias nas taxas de utilização de medicamentos. Devido às características prolongadas dos tratamentos antidepressivos e dadas as elevadas taxas de interrupção dessa mesma medicação durante os primeiros três meses de tratamento, os farmacêuticos têm um papel potencialmente importante na informação e fornecimento de medicamentos e monitorização do tratamento para os pacientes com alto risco de não aderência à medicação.

Monitorizar e melhorar a adesão do paciente deve ser parte das tarefas primárias das farmácias, uma vez que, na cadeia de prestadores de cuidados de saúde, os farmacêuticos e as farmácias, devido ao seu grau de proximidade e relacionamento com os seus utentes, assumem uma posição estratégica para detetar problemas relacionados com o uso de medicamentos (FIP statements on professional standards, cit em Van Wijk, Klungel, Heerdink, & de Boer, 2005).

Os atuais sistemas de informação existentes ao serviço das farmácias têm sofrido ao longo dos últimos anos uma evolução gradual. Em regra os vários sistemas informáticos já dispõem de capacidade para responder às necessidades da receita eletrónica. Aliás, nas últimas atualizações aos diplomas sobre a matéria já afluíam a implementação da receita eletrónica. No entanto, há alguns aspetos que importam clarificar, uma vez que em vários decretos-leis é aplicado o termo “receita eletrónica” de uma forma errada, referindo-se esse termo à receita informática. Nos diplomas mais recentes, o termo utilizado passa a ser receita desmaterializada, referindo-se à receita eletrónica na sua verdadeira aceção de palavra.

4.4.3 Requisitos do sistema

O sucesso de um qualquer sistema informático ou de informação está intimamente dependente da forma como este se pode encaixar e adaptar às necessidades de quem com ele trabalha e do ambiente que o envolve. Não raras vezes, os sistemas de *software*, quando criados, revelam lacunas, sendo por isso necessário a adição de vários recursos que visam dar respostas à evolução das necessidades de quem o vai utilizar (Nuseibeh & Easterbrook, 2000). Os requisitos de um *software* informático têm que compreender as necessidades de quem o vai utilizar, além de terem em linha de conta os requisitos de engenharia (RE), que

é no fundo o conjunto de processos pelos quais as exigências dos utilizadores podem ser determinadas (Cheng & Atlee, 2007).

Uma das propriedades fundamentais que um sistema de informação deve apresentar é, sem margens para dúvidas, a exigência, para que possa atender às necessidades do próprio sistema e de quem o utiliza, sendo que os requisitos do *software* são vistos como uma propriedade que deve ser levada em linha de conta, para resolver determinados problemas, que possam surgir, dentro de um contexto organizacional. Dito de outra forma, os requisitos de *software*, não são mais do que uma combinação complexa de uma série de requisitos de diferentes pessoas, de diferentes níveis organizacionais e que dever ter em atenção o ambiente em que o sistema vai ser executado (Sawyer & Kotonya, 2001, cit em Teixeira, Ferreira, & Santos, 2012).

Para que os sucessos dos requisitos de engenharia sejam viáveis, estes devem envolver a compreensão das necessidades dos utilizadores, clientes assim como de outras partes interessadas, bem como compreender o contexto para o qual o *software* foi criado e será utilizado. Existe também a necessidade de documentar os requisitos, das partes interessadas, para posteriormente garantir que os requisitos desenvolvidos correspondem aos requisitos documentados, para que se possa gerir e documentar a evolução dos mesmos (Cheng & Atlee, 2007). A identificação de todos os utilizadores e de outras partes interessadas que possam ser afetadas pelo sistema é muito importante, uma vez que essa identificação pode garantir que as necessidades de todos os envolvidos sejam levadas em conta (Teixeira et al., 2012).

Nos módulos seguintes será exposto o processo de interação entre as diferentes partes interessadas no bem-estar do doente mental, para perceber como se podem interligar e quais terão de ser os requisitos necessários do sistema para que possa existir esse intercâmbio de informação.

Seguidamente serão apresentados os diagramas de *use cases*, onde estarão definidos os requisitos necessários para que o sistema funcione.

4.4.3.1 Processo de consulta e acompanhamento do doente mental

O processo “Consultas e acompanhamento de doentes mentais”, formalizado na Figura 9, é iniciado a partir do momento em que o paciente chega ao hospital ou a uma clínica privada e se dirige à secção de atendimento onde lhe são solicitados alguns dados.

Neste primeiro momento é necessário identificar se o utente já está incluído no novo sistema ou não, caso esteja apenas é necessário pedir o cartão de cidadão para ter acesso aos respetivos dados do paciente, e eventualmente atualizar alguns dados. Na eventualidade de o utente não estar inserido, torna-se necessário introduzir os dados disponíveis, para posteriormente serem atualizados nos diferentes departamentos. Convém realçar que isto ocorreria numa fase embrionária, uma vez que o objetivo deste sistema de informação era a criação de um ficheiro clínico o mais precocemente possível, articulado com ficheiros/registos clínicos já existentes, sendo atualizado à medida das necessidades.

Após esta etapa seguir-se-á a fase da consulta, onde o médico é alertado via sistema que o doente se encontra na sala de espera e assim poderá aceder aos respetivos dados, bem como o histórico de doenças e medicação. Na consulta, caso seja a primeira, o médico irá diagnosticar o paciente e colocar todas as informações pertinentes, relativas àquele paciente no sistema, bem como prescrever a medicação, tendo o cuidado de indicar o

tempo do tratamento via sistema, disponibilizando a prescrição para que esta esteja acessível em qualquer farmácia.

De seguida o médico marcará a próxima consulta de rotina para verificar efeitos da medicação, melhorias ou possíveis recaídas ou caso necessário procederá ao internamento. Caso seja uma consulta de rotina, o médico irá verificar os efeitos da medicação e a evolução da doença, registando a informação no sistema, podendo passar nova medicação, adaptar a dose ou aconselhar acompanhamento psicológico. Por último marcará a próxima consulta.

Feita a consulta com o médico, se o doente for internado, os enfermeiros poderão aceder no sistema ao histórico do respetivo paciente e assim acompanhar o doente durante o período de tratamento, acompanhamento a toma da medicação, auxiliando nas dúvidas dos pacientes, detetando novos sintomas, melhorias ou possíveis recaídas e também deverá observar os efeitos colaterais da medicação. Por fim o enfermeiro deverá inserir toda a informação no sistema, pedindo nova avaliação médica, quando achar pertinente, levando assim novamente à etapa do médico.

Não havendo necessidade de internamento, o médico prescreve a medicação necessária, podendo o paciente deslocar-se a qualquer farmácia para levantar a respetiva receita.

Na farmácia, o utente apenas terá de entregar o cartão de cidadão ao farmacêutico ou seu colaborador, que terá acesso aos dados do utente e a respetiva prescrição. Se for a primeira vez o farmacêutico apenas procederá à entrega dos medicamentos, esclarecendo as eventuais dúvidas do doente. Nos casos de ser uma continuação do tratamento, o farmacêutico deverá ser mais incisivo no diálogo com o paciente para tentar perceber se o paciente regrediu, se segue o tratamento conforme a prescrição recomendado, sendo que, após esta etapa, deverá dispensar a medicação, registando toda a informação que ache relevante no sistema.

Caso o utente, na repetição das prescrições, não se dirija à farmácia onde foi efetuado o último levantamento, para levantar a respetiva medicação para a continuação do tratamento, o farmacêutico será alertado pelo sistema, verificando se a prescrição foi ou não levantada. Na eventualidade de não terem sido aviados os medicamentos prescritos, o utente deverá ser contactado para se tentar perceber os motivos da não adesão à terapêutica, procedendo posteriormente ao registo dessa informação no sistema, para que o médico e todas as partes interessadas sejam informados, agindo depois todas elas em consonância e conformidade. Se o utente não levantar a primeira prescrição num determinado período, o próprio sistema enviará um aviso para o médico que lhe passou a prescrição, para que o médico tome as devidas providências.

Quando o utente não levanta a medicação, nas vezes seguintes, e após contacto por parte do farmacêutico, ou do seu colaborador, o paciente continue sem levantar a prescrição, a respetiva farmácia deverá alertar as partes interessadas, com particular ênfase para as famílias.

A família deverá acompanhar o doente na toma de medicação, procurando apoiar o doente em termos emocionais e psicológicos, detetando reações ou comportamentos desviantes, alertando os serviços sociais (trabalhadores sociais) caso o paciente deixe de tomar a medicação ou tenha algum tipo de resistência ao tratamento. Se a família tiver acesso à internet e facilidade em lidar com este tipo de tecnologia, poderá responder a questionários periódicos *on-line*, para que a informação fornecida, seja tida em consideração nas

consultas de rotina em todo o percurso médico do doente, caso a família ache pertinente a intervenção dos trabalhadores sociais deverá procurar ajuda junto destes. A intervenção dos trabalhadores sociais passa a ser mais incisiva no caso de ser detetada alguma disfuncionalidade no seio familiar.

Os trabalhadores sociais, com acesso à informação necessária do paciente via sistema, nomeadamente a não adesão à terapêutica, podem em *in loco* verificar os motivos para essa não adesão, promovendo o diálogo com o doente em causa e com a sua família, tentando perceber o que está a falhar, para que possam prestar o devido auxílio. Concluída a investigação, será emitido um registo via sistema de informação, para posterior análise de todas as partes interessadas.

Por outro lado, se o médico aconselhou acompanhamento psicológico, há a necessidade de marcação da consulta, onde o psicólogo terá acesso à informação necessária sobre o paciente e a doença que padece, tentando trabalhar e perceber as dificuldades mentais e relacionais do paciente logo na primeira consulta, estabelecendo um plano de trabalho para as consultas subsequentes, onde será avaliada a evolução do paciente. No fim de cada consulta o psicólogo registará toda a informação no sistema, para que na próxima consulta de rotina o médico leve em consideração a informação disponibilizada pelo psicólogo, podendo alterar a medicação caso o entenda ou sugerir algum tipo de terapia diferente. Por fim, o psicólogo poderá indicar terapia proporcionada pela comunidade e marcar a próxima consulta.

Quando o psicólogo aconselhar terapias em que seja vantajoso serem prolongadas na comunidade, o grupo a quem esta terapia está encarregue, deverá aceder via sistema à informação não sigilosa do paciente, para que quando iniciar a terapia proposta tenha presente o maior número de informações possível. Com o paciente deverá criar um plano de atividades, acompanhando-o no decorrer do plano e registar as suas reações, melhorias ou recaídas, adesão à terapia e outras informações pertinentes, que serão registadas no sistema de informação, sendo depois consultadas e avaliadas pelas equipas médicas e ajustadas caso seja necessário. Nesta etapa os trabalhadores sociais poderão ter um papel importante uma vez que eles próprios poderão recomendar qual o grupo de apoio que melhor se adequa ao paciente em causa.

Quando se fala em comunidade, é importante referir que essa comunidade somos todos nós. E aqui, nesta fase, que se faz o apelo à cidadania. Todos nós, quer individualmente, quer em grupo, temos uma palavra a dizer, e algo a praticar em prol do nosso semelhante. E o esforço da comunidade estaria sobre a alçada do cuidador da saúde, figura central na união de esforços da sociedade em torno da saúde mental. É importante o apoio dos trabalhadores sociais na agremiação de cidadãos que individualmente ou em grupo, partilhem um pouco do seu tempo em prol dos outros. Este tipo de serviços já existe em muitas Câmaras Municipais ou Juntas de Freguesia, que desenvolvem um esforço titânico, procurando oferecer aos seus munícipes algumas atividades de ocupação de tempos livres. Em regra, estas ofertas estão mais vocacionadas para a ginástica para a terceira idade, ou a ocupação de tempo livres para crianças em período de férias, nomeadamente as chamadas férias ativas. E se estas atividades forem alargadas a um nicho particular de pessoas, com algumas enfermidades de cariz mental, sob a coordenação de um psicólogo e com a coordenação de um assistente social? Não se estaria a atuar em prol da saúde, melhorando aqueles que são menos sãos?

Por último, mas com vital importância para o doente, está a sua própria intervenção durante o processo. São eles, mais que ninguém, os principais interessados e que poderão fornecer informações sobre o tratamento, reações adversas ou efeitos secundários, assim como os possíveis sinais de melhoria que tenham detetado. Caso haja facilidade no acesso à internet, este meio seria utilizado para expor dúvidas, dificuldades na toma da medicação, reações adversas ou efeitos secundários da medicação, assim como serviria para comunicar ao médico a evolução da sintomatologia, para que este tenha conhecimento de possíveis causas para o abandono do tratamento. Esta comunicação também poderá ser feita via telefone, caso o utente não tenha facilidade de acesso à internet ou não se sinta à vontade com a mesma. Quando não estejam reunidas as condições necessárias, a transmissão da informação pode ser feita através dos trabalhadores sociais, sempre que o doente ache necessário, ou em caso de abandono da terapêutica por outros motivos, tais como a insuficiência económica, sendo que o auxílio dos trabalhadores sociais pode ser ativado pelos próprios doentes ou familiares, ou por iniciativa dos organismos sociais.

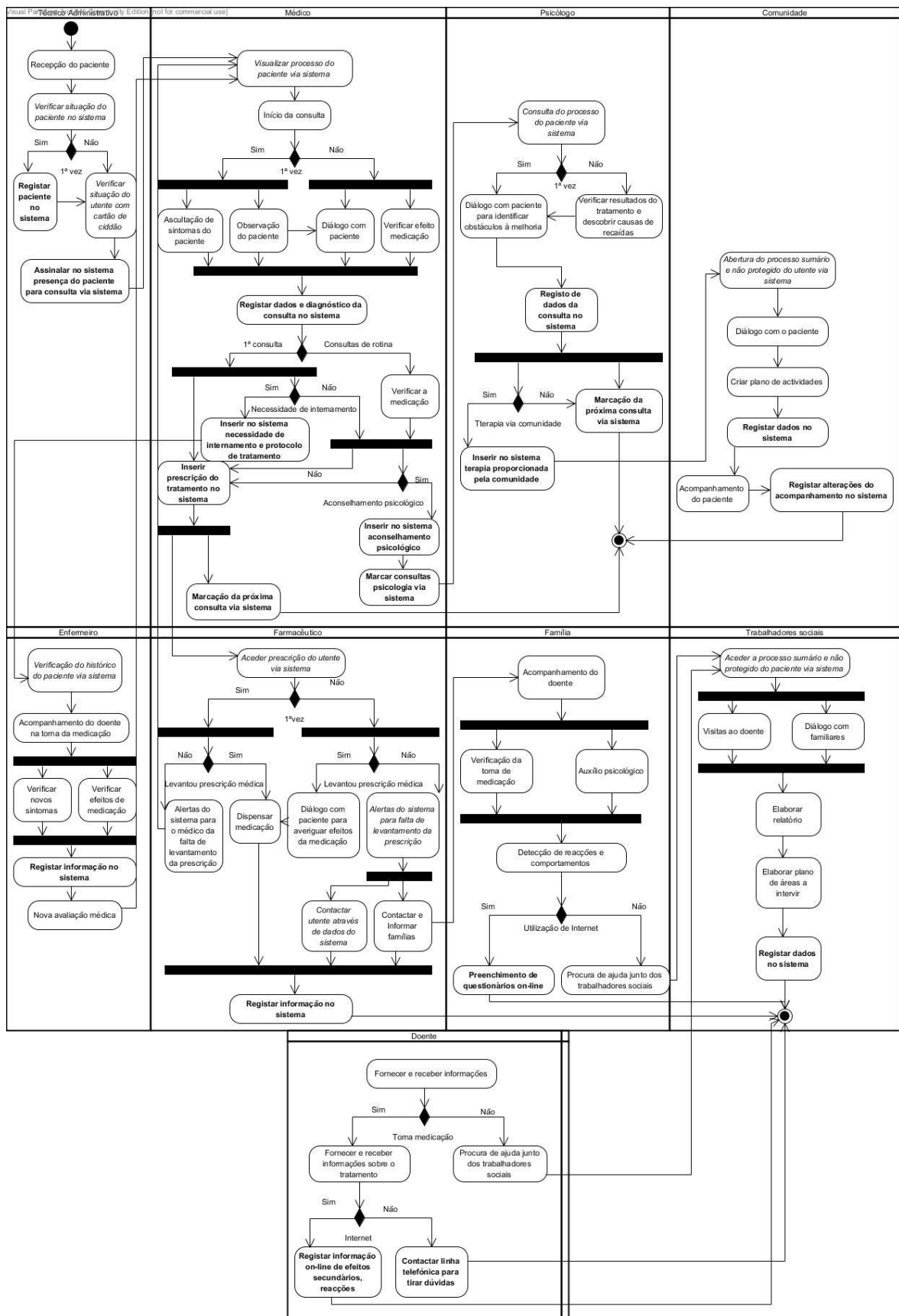


Figura 9: Processo de consultas e acompanhamento do doente mental

4.4.3.2 Gestão de dados clínicos do paciente

Numa fase embrionária, é desejável a centralização de um manancial alargado de dados clínicos, para que estes possam ser geridos de uma forma mais eficaz. Apesar de uma parte desses dados já estarem disponíveis em formato eletrónico, sendo armazenados noutros sistemas de informação, tais como o SONHO (base de dados de informação pessoal); o SAM (informação de consultas e medicação); e o ClinidataXXI (historial de análises clínicas), está latente alguma dificuldade no acesso a relatórios ou a outro tipo de informação agremiada, para dar suporte a algumas decisões clínicas pontuais.

O sistema que se pretende implementar, muito mais ambicioso, pretende ser alargado a um determinado conjunto de dados referentes à patologia, terapias aplicadas e medicação prescrita, o que, muitas vezes, por não ser suportado nos sistemas de informação disponíveis, são armazenados em ficheiros informáticos individuais, noutros sistemas de informação isolados ou em suporte de papel.

A solução preconizada por este sistema de informação pretende a agremiação dos vários sistemas existentes num só, concentrando potencialidades, atenuando os defeitos e obstáculos, apelando à participação de todas as partes intervenientes de forma simbiótica.

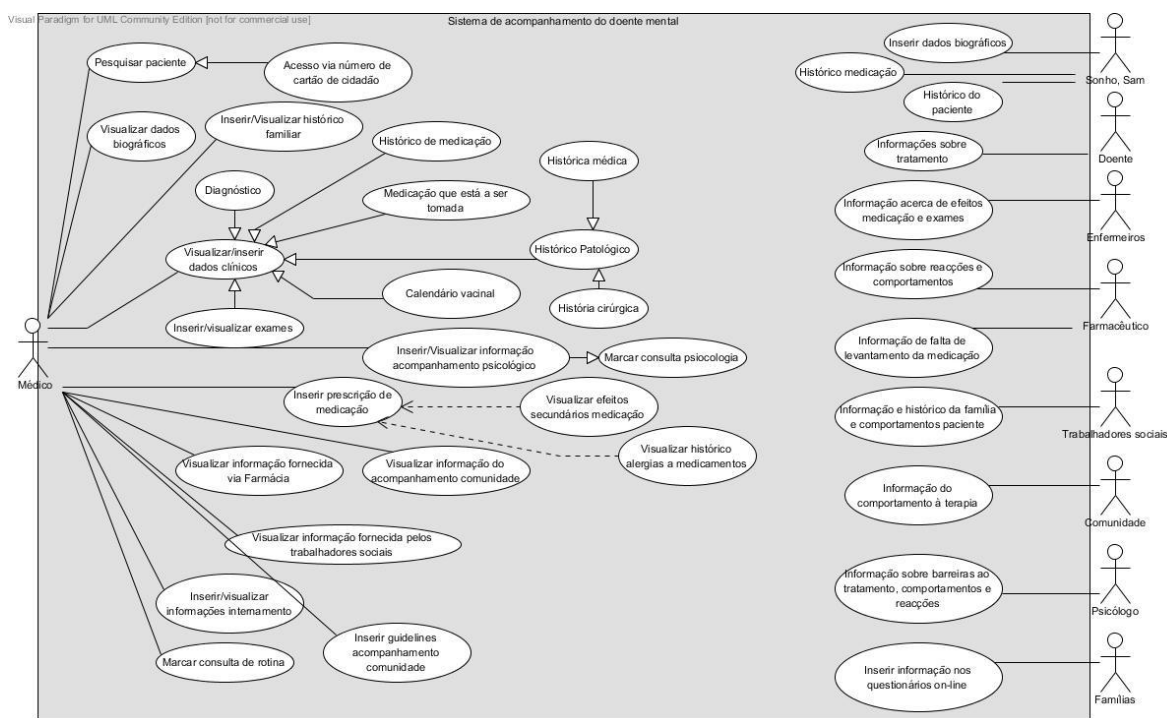


Figura 10: Diagrama de use cases relativamente ao médico

Se por um lado os sistemas que existem atualmente permitem a introdução de alguns dados que já se encontram em formato digital, o novo sistema permitirá que o médico tenha condições de atualizar os ficheiros de utente, com dados relevantes, que, muitas das vezes por ineficácia do sistema de informação só poderiam ser registados em suporte de papel. Centralizada toda a informação devidamente contextualizada, o médico passa a ter uma visão mais abrangente e global, com informações das diversas partes interessadas, com a possibilidade de construir ou consultar relatórios e informações, de forma rápida, segura e eficaz e de fácil assimilação.

No diagrama representado pela Figura 10, para o funcionamento pleno deste sistema, existe um conjunto de funcionalidades que devem ser executadas pelo médico, sendo que algumas delas necessitam dos dados introduzidos por outros intervenientes no processo para poderem estar o mais completas possível. Enquanto o SONHO será o responsável pela introdução de dados de cariz biográfico, incluindo os contactos pessoais, entre outros de natureza mais genérica, o SAM irá lidar com os dados que se relacionam com as consultas e a medicação prescrita aos pacientes, ao passo que a utilização do ClinidataXXI se vai cingir à toda a informação relacionada com análises clínicas de patologia, de inibidores e de virologia. Convém referir que a execução de tarefas por parte dos intervenientes, está condicionada por um processo de autenticação e autorização, através do código de acesso pessoal e intransmissível, onde cada um só terá acesso a determinada informação, de acordo com a profissão exercida, como será explicado mais adiante. Sempre que, após uma primeira consulta e num hiato de tempo considerado ajustável, o doente não levante a medicação prescrita, o sistema envia um alerta para o médico prescriptor, podendo este acionar os mecanismos que entenda necessários.

4.4.3.3 Gestão de dados de tratamento e acompanhamento

Neste módulo estará representada toda a centralização e gestão de dados que podem surgir ao longo da vida de um paciente portador de uma qualquer patologia mental, e que podem ser extrapolados para outros ramos clínicos. Nas patologias de origem mental, os tratamentos e toda a informação clínica considerada relevante passa ser de registo obrigatório via sistema informático, substituindo os registos em papel que eram organizados de forma não estruturada, que pela sua natureza tornam dificultado o manuseamento dados sendo muitas vezes impraticável o acesso à informação. A solução preconizada neste módulo, para além contornar as morosidades no manuseamento da informação em suporte de papel, tem como objetivo primordial cruzar um manancial de informação detalhada do paciente, com dados clínicos importantes sobre o paciente, tratamentos prescritos e outras terapias aplicadas. Nesta fase, este módulo conta com a intervenção do médico e com o auxílio do enfermeiro, que lançam os dados no sistema de informação, solicitando a colaboração do doente, conforme representado na Figura 11.

O médico e o enfermeiro são responsáveis pela introdução dos dados resultantes do diagnóstico, dos tratamentos efetuados, quer em regime hospitalar ou ambatório e dos pormenores que possam ser considerados relevantes para a melhor identificação de toda a problemática envolvente. O médico, além de controlar o processo através da consulta da informação relacionada com a terapia e evolução dos resultados, é também o responsável pela introdução dos protocolos que definem os planos de tratamento medicamentoso e terapias complementares.

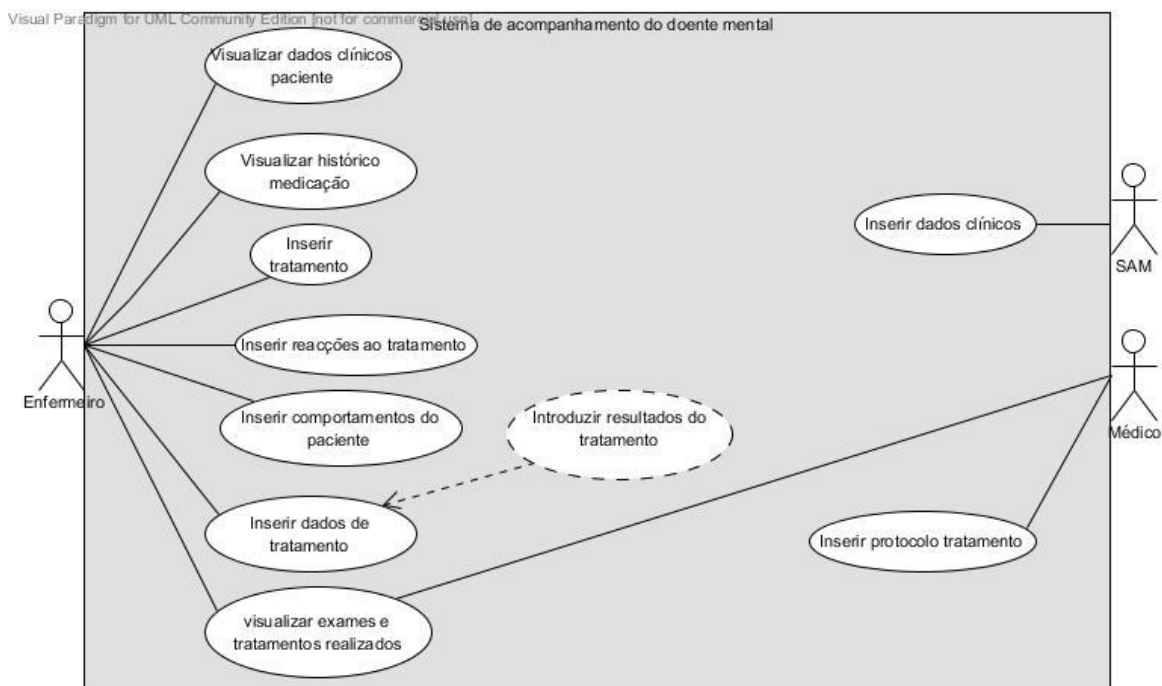


Figura 11: Diagrama de *use cases* relativamente aos enfermeiros

Para que a dicotomia psicólogo-médico funcione, a coordenação entre estes dois profissionais de saúde tem que ser profícua para ambas as partes, saindo reforçado o superior interesse do doente.

Após efetuar o diagnóstico, o médico insere-o no sistema, juntamente com a medicação prescrita e o histórico familiar. Caso entenda que o perfil do doente sairia beneficiado com outras terapias complementares, pode sugerir um protocolo de tratamento, onde passa ao psicólogo as informações disponíveis sobre o doente, assim como as orientações que entenda serem relevantes para que o técnico de saúde possa adequar o tratamento às debilidades sugeridas.

O psicólogo, após visualizar em sistema o diagnóstico, a história familiar e as sugestões do clínico, em consulta, insere os dados que possam atualizar o historial médico e familiar do doente. Esta primeira consulta serve também para, de alguma forma, tentar desmistificar o papel dos técnicos de saúde assim como de todas as partes envolvidas na recuperação do doente.

Após o planeamento do apoio psicológico e da marcação das consultas seguintes, o psicólogo atualiza em sistema toda a informação relativa ao doente, e caso entenda necessário pode acionar o apoio proporcionado pela comunidade, envolvendo desta forma mais uma parte interessada na recuperação do doente, como se pode verificar na Figura 12.

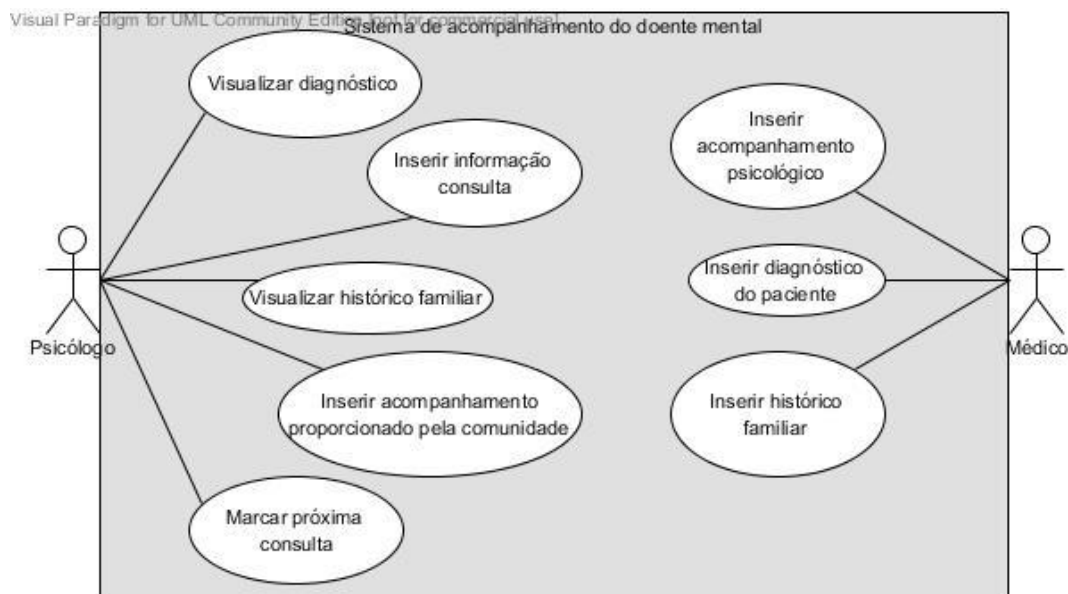


Figura 12: Diagrama de use cases relativamente aos psicólogos

Uma das grandes vantagens deste sistema reside facto de um doente controlado e estabilizado não necessitar de uma consulta para renovação da medicação.

Com este processo, o utente pode dirigir-se a uma qualquer farmácia e levantar os medicamentos necessários para a continuação da terapêutica prescrita, libertando assim o médico para outras consultas ou para casos mais graves. Essa informação estaria disponível no cartão de cidadão, com a informação detalhada sobre a medicação prescrita, o tempo da terapia medicamentosa e todos os levantamentos que já foram feitos.

No ato de aviamento, caso o farmacêutico ou o seu colaborador legalmente habilitado observe que o utente faltou a algum levantamento ou não está a cumprir as doses prescritas, aciona um alerta para o médico, que, se entender necessário transmite essa informação as partes interessadas que julgue pertinente, podendo marcar uma consulta de urgência ou reforçar o apoio psicológico, na tentativa de perceber quais os motivos que levaram o doente a não aderir à terapêutica prescrita (Figura 13).

Um procedimento idêntico seria posto em prática se o doente, quinze dias depois da consulta, onde lhe foram prescritos medicamentos, não aviasse essa mesma prescrição em nenhuma farmácia da rede. Estando o sistema interligado, mal a prescrição do utente fosse carregada em sistema, estaria automaticamente disponível para qualquer farmácia, e se nesse hiato temporal de quinze dias não fosse levantada a medicação, o sistema alertaria o médico prescritor, que atuaria em conformidade.

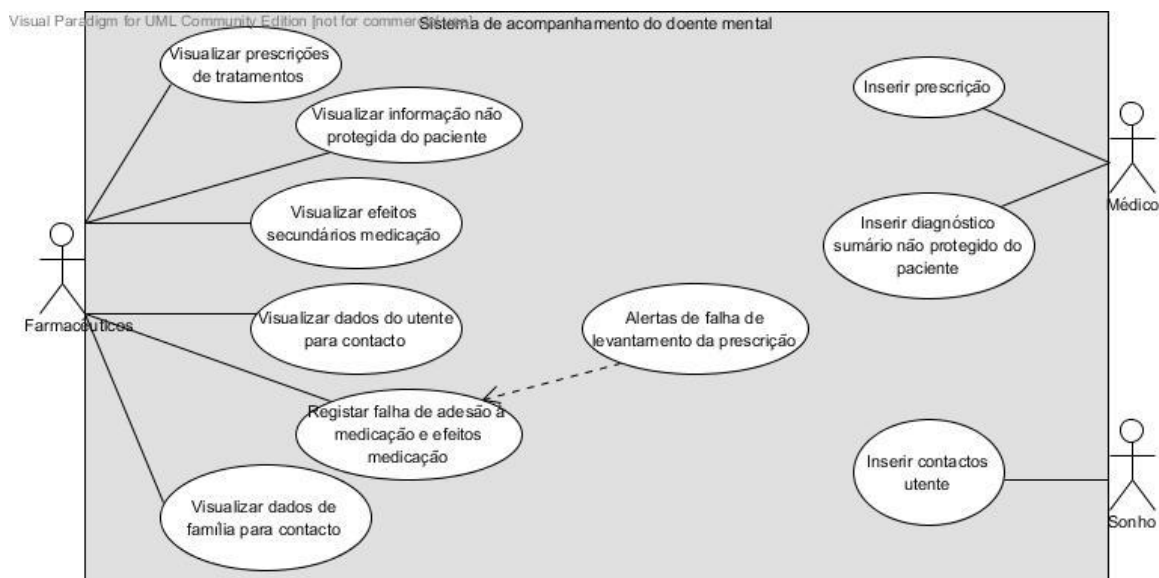


Figura 13: Diagrama de use cases relativamente aos farmacêuticos

Os trabalhadores sociais, atuando em regime de proximidade com os doentes e a sua família, são os parceiros por excelência na identificação de potenciais doentes do foro mental, assim como os primeiros a reconhecer alguma falha no tratamento ou na adesão à terapêutica. Trabalhando em parceria com os serviços farmacêuticos e com as equipas de psicologia, poder-se-iam coadjuvar mutuamente, partilhando informação não sigilosa, potenciando as melhorias do doente.

Os trabalhadores sociais assumem um papel de particular destaque na escolha dos indivíduos ou grupo de indivíduos da comunidade, que participariam no prolongamento das terapias iniciadas em sede de consultório de psicologia. Seriam estes trabalhadores sociais que assumiriam a coordenação do prolongamento das terapias no seio da comunidade, assim representariam também o elo de ligação entre os elementos da comunidade e as equipas de psicologia, de forma a proporcionar as melhores condições aos membros da comunidade, em benefício do doente, conforme representado na Figura 14.

As terapias a realizar na comunidade estariam assentes em várias atividades, cujo objetivo primordial assentaria na ocupação dos tempos livres, dotando os portadores de doenças mentais de ocupação, quer física quer mental, dando-lhes a capacidade de se abstraírem da doença, preenchendo os seus tempos livres com atividades diversas.

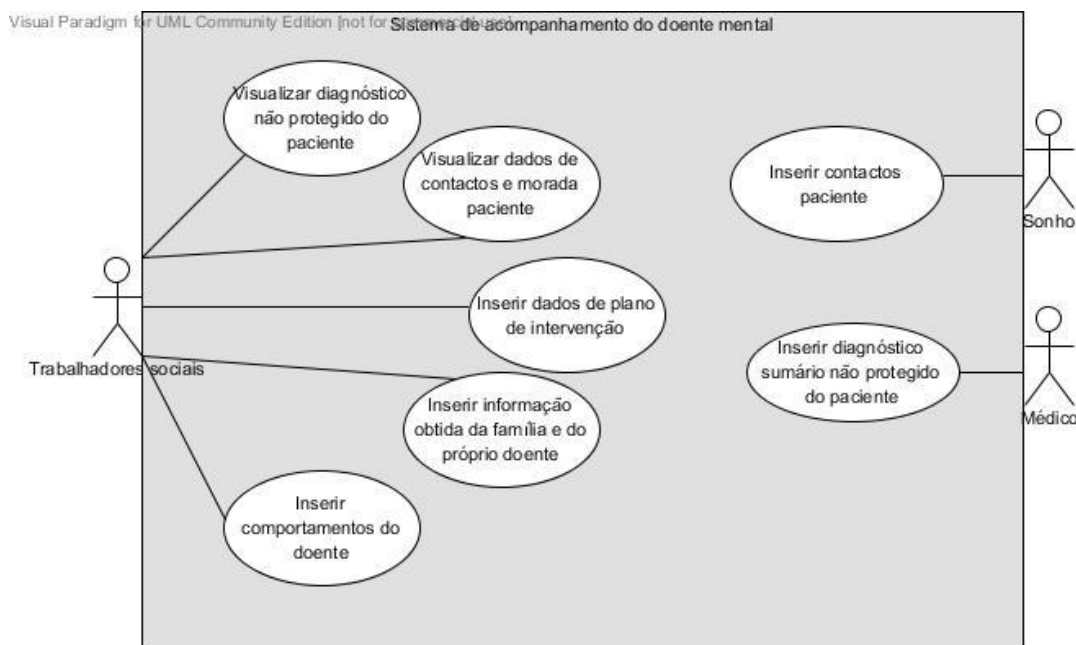


Figura 14: Diagrama de use cases relativamente aos trabalhadores sociais

Como já foi referido, a comunidade somos todos nós. E cada um de nós pode e deve ter um papel ativo na sociedade, fazendo sobressair aquilo que há de melhor no ser humano.

Assumindo que por comunidade se assume o conjunto de pessoas que vivem em comum com recursos que não são da sua propriedade pessoal, este conjunto de indivíduos, sem necessidade de nenhuma formação específica, pode desenvolver um trabalho pródigo, no contexto da saúde mental, bastando para isso serem estimulados. Para isso, recebendo indicações dos trabalhadores sociais, poderiam ser criados nichos específicos de cidadãos, com objetivos bem definidos que passariam por desperder um pouco do seu tempo, e partilha-lo com os doentes com afeções mentais.

Para isso, nada melhor que aproveitar o *know-how* profissional de cada cidadão, e colocá-lo aos dispor da comunidade. Assim, um profissional do desporto poderia colocar a sua sabedoria em favor da comunidade, ensinando alguns exercícios simples de relaxamento e descompressão a doentes com ansiedade ou depressão, da mesma forma que um professor de matemática poderia ensinar doentes com bipolaridade a jogar xadrez e a dominar as jogadas da vida, e porque não um professor de filosofia que pudesse ensinar um esquizofrénico a ver o mundo sob outro prisma.

Um papel que poderia ser assumido pela comunidade era a preciosa ajuda a dar às famílias mais disfuncionais na interpretação e preenchimento dos questionários familiares. São estes os serviços que a comunidade teria para oferecer aos seus semelhantes, afetados com doenças mentais, que poderiam perfeitamente serem coordenados pelas Câmaras Municipais ou Juntas de Freguesia, sempre sob o olhar atento dos assistentes sociais.



Figura 15: Diagrama de use cases relativamente à comunidade

Não menos importante, nesta pirâmide inter-relacional, seria o papel desempenhado pela família. Quando se fala em doenças do foro mental e em famílias simultaneamente, pode-se correr o risco de se falar em disfuncionalidade familiar.

Não raras vezes, as doenças mentais surgem em famílias destruídas, onde muitas vezes estão associados outros problemas graves, como o alcoolismo, os maus-tratos ou o desemprego, quando não todos associados. Por estes factos, as famílias tem que ser analisadas com um crivo muito estreito, identificadas, para que posteriormente possam ser ajudadas naquilo que possa ser mais problemático.

Devido a esta problemática, neste intercâmbio de esforços, aquilo que se pede às famílias não passam de tarefas simples, como o adimplemento de pequenos questionários, com perguntas muito simples, de fácil interpretação e preenchimento por escolha múltipla, com duas ou três hipóteses claras e nada confusas. Nestes questionários individuais, estariam presentes também os dados pessoais de cada um, assim como o número de utente e o seu grau de parentesco com o doente, bem como outros dados de interesse clínico ou social. Para aqueles que revelassem alguma dificuldade na interpretação destes questionários, seriam mais uma vez chamadas as partes interessadas mais próximas do doente, com particular destaque para as farmácias, comunidade e trabalhadores sociais (Figura 16).

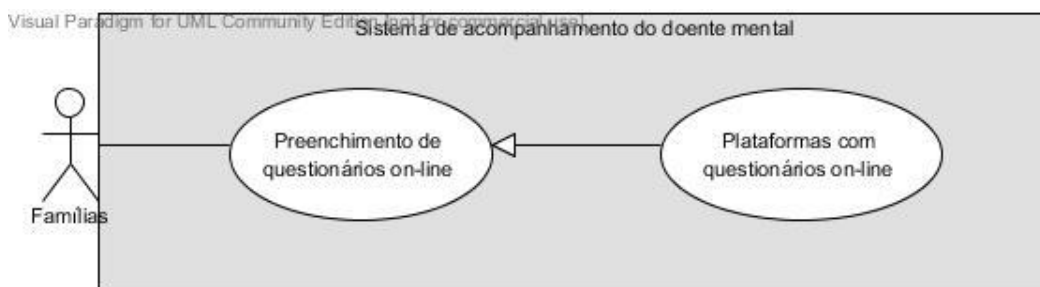


Figura 16: Diagrama de use cases relativamente às famílias

Por último, mas não menos importante, será o papel do doente. É ao doente que está destinado o protagonismo deste processo, e em torno do qual gravita toda a informação. Nunca será demais lembrar que o objetivo principal reside na melhoria da saúde mental, e no superior interesse do doente, por isso, nada mais natural que a sua intervenção seja considerada um elo vital, nesta cadeia de informação. Logo que inserido no sistema, o doente pode e deve comunicar a evolução da sua sintomatologia, os efeitos colaterais da medicação, as dificuldades na adesão à terapêutica, ou outro tipo de informação que possa considerar pertinente. Para isso, tem ao seu dispor várias plataformas, que pode utilizar para fazer chegar essa informação ao seu médico especialista.

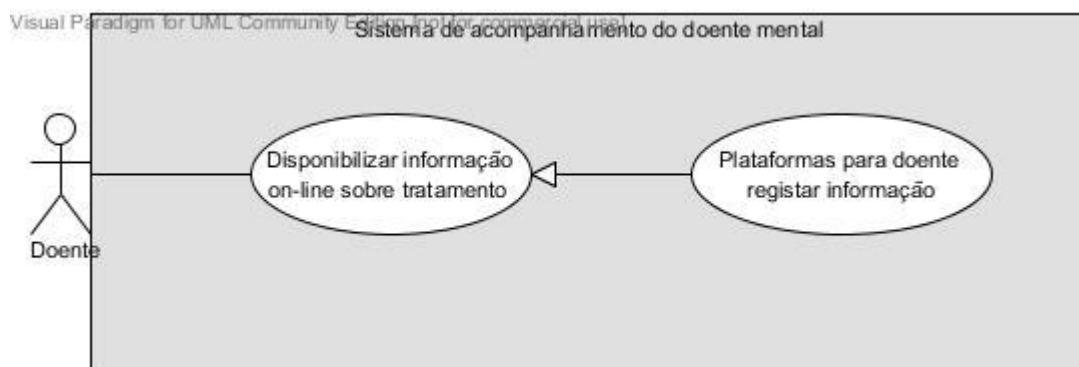


Figura 17: Diagrama de use cases relativamente aos doentes

Para a implementação de um sistema, que permitisse um melhor acompanhamento do doente mental, de forma a garantir a verdadeira aplicabilidade das suas potencialidades, existe a necessidade de encetar uma remodelação no Serviço Nacional de Saúde, para que se possa otimizar recursos e diminuir custos.

O primeiro passo, que de alguma forma já foi dado, consistia simplesmente em acabar com o chamado cartão de utente, e transferi-lo para o Cartão Único, mas de uma forma massiva e num período curto de tempo. Simultaneamente proceder-se-ia à atualização da base de dados dos ficheiros da saúde de todos os portugueses. Um passo importante já foi dado no sentido da centralização de dados, numa base de dados, a Plataforma de Dados da Saúde (PDS), desenvolvida em parceria com a Comissão para a Informatização Clínica (CIC) e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), disponibilizando um sistema centralizado de registo e partilha de informação clínica, seguindo os protocolos da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Esta plataforma permite aos profissionais de saúde a ela ligados, terem acesso a informação dos utentes registados, sem os deslocar do local seguro onde agora estão guardados, sendo que esse acesso é registado num histórico de acessos (Martins, 2012). Ao partilhar estas informações, os profissionais de saúde podem tornar mais rápido o seu atendimento, chegando de uma forma mais a um possível diagnóstico.

Mais uma vez, poderiam a ser chamados a intervir várias partes interessadas, como por exemplo as farmácias, que numa fase inicial, limitar-se-iam a abrir no sistema informático uma ficha de cliente/doente, com base no número de utente, para posteriormente ser completada pelos organismos oficiais, com a informação necessária.

Esta primeira medida tinha que ser feita num espaço curto de tempo, de forma obrigatória e gratuita para toda a gente. Por outras palavras, num hiato de tempo relativamente curto, todo o cidadão português, independentemente da idade (logo à nascença de preferência) tinha o seu Cartão Único, onde estaria integrado o Cartão de Utente.

Esse Cartão Único, exatamente igual ao que temos hoje, com o mesmo chip, mas que estaria fracionado por várias secções (uma delas seria a saúde), onde cada autoridade devidamente credenciada apenas teria acesso à informação a que estivesse habilitado a visualizar e a informação necessária ao bom desempenho da sua função.

Quer isto dizer que um tribunal só teria acesso às informações relevantes para esse mesmo tribunal, e um médico só teria liberdade de consultar informações relacionadas com a saúde. Isto de forma a proteger a confidencialidade e a privacidade de cada um. Estas inovações seriam feitas em estreita colaboração com a Comissão de Proteção de Dados e com o sigilo deontológico e profissional a que cada uma das profissões relacionadas com a saúde está obrigado. Na secção de saúde, haveria várias subsecções, cada uma direccionada para os diversos profissionais da área: médicos, farmacêuticos ou enfermeiros, cada um deles com acesso apenas à informação indispensável e suficiente para o bom desempenho da sua função.

Com a utilização deste sistema de informação, o estado poderia beneficiar de outra vantagem, que seria as deduções em sede de IRS, no que concerne à saúde. No sistema atual, qualquer pessoa pode levantar medicamentos que não os seus, numa qualquer farmácia, solicitando um recibo em seu nome pessoal, de deduzi-lo na declaração de IRS, retirando daí algum benefício.

Com o novo sistema de informação, os utentes teriam todos os dados devidamente preenchidos, com Número de Cartão de Utente, Número de Cartão de Cidadão, NIF e Número de segurança social, com a composição do seu agregado familiar, cujos dados seriam cruzados com os diferentes organismos. Nesta situação, poderiam ser dispensados os recibos em papel, uma vez que, qualquer transação seria automaticamente averbada ao cartão de cidadão, sendo que, aquando da entrega da declaração anual de rendimentos, as despesas do seu agregado familiar, e apenas essas, seriam automaticamente inseridas. Acabariam assim as fraudes em sede de IRS, com contribuintes a apresentar despesas que não as suas, e beneficiar-se-ia aqueles contribuintes mais distraídos, que nunca pedem recibos. Algo de muito semelhante ao que atualmente se faz com o *site* das finanças e as despesas pessoais.

4.5 Conclusão

As doenças mentais assumem cada vez mais um papel preponderante na saúde das populações do mundo moderno. Longe vão os dias, onde a tranquilidade imperava e a espuma das corridas corria com lenta morosidade. O mundo cresceu a uma grande velocidade e o ser humano ainda não teve a capacidade de se adaptar às necessidades do mundo moderno. As doenças do foro mental são apenas o fruto deste desequilíbrio estrutural, que o próprio Homem ajudou a criar, e que tarda em encontrar o harmonioso equilíbrio. Enquanto as doenças mentais grassam pelas populações, ao ser humano, visto não as conseguir dominar, nada mais resta do que obter as ferramentas necessárias para diminuir as consequências deste flagelo do mundo hodierno.

Para que esta luta incessante tenha algum êxito, a problemática da saúde mental tem que ser enquadrada de outra forma, muito mais abrangente, envolvendo muito mais gente, sem que para isso sejam necessários mais meios económicos. A questão chave reside na gestão eficaz dos recursos disponíveis, e na motivação de todas as partes envolvidas em torno de um objetivo, que pode muito bem ser comum a toda a sociedade. E é nesta utópica agremiação de esforços, que desagua o buslís da questão. Será uma utopia juntar os

esforços de várias partes interessadas em torno de uma questão comum? E todas as conquistas da humanidade, não nasceram da utopia?

Como conhecemos a imprevisibilidade do carácter humano, para por este plano em prática, nada melhor que alicerçar todos os objetivos num sistema de informação, cujo condão, tal qual um fio condutor, seja o de levar a informação, de um lado para o outro, unificando-a, fazendo com que cada área, cada departamento, cada utilizador, enquanto profissional e acima de tudo ser humano, possa tirar partido dessa informação, e colocar o seu esforço pessoal e profissional, ao dispor de quem dele precisa.

O futuro da saúde, passa obrigatoriamente pela gestão mais rigorosa da saúde, para que os recursos cada vez mais escassos possam ser distribuídos de forma eficaz, para quem, em qualquer altura da sua vida deles necessita.

As diretivas emanadas pelos diversos organismos europeus e mundiais que tutelam a saúde convergem na sua generalidade no sentido da necessidade de envolver todas as partes interessadas na saúde do doente. Assim, médicos, psicólogos, farmacêuticos, serviços sociais, comunidades e famílias devem unificar empenhos no sentido de promover um melhor acompanhamento do portador de doença mental, para esta comunhão de esforços desague na melhoria da saúde mental.

E nesta nova era da globalização digital, os sistemas de informação têm o condão de conseguir juntar as várias partes envolvidas neste processo de saúde, potenciando as vicissitudes de cada um, em prol do doente mental.

Capítulo 5

5 Análise de benefícios e conclusões

Neste capítulo, partindo do pressuposto que este sistema foi implementado e a sua aplicabilidade testada, o objetivo passa por corroborar as proposições formuladas inicialmente. Com a aplicação do sistema de informação proposto, o cruzamento de informação forneceria dados estatísticos, que permitiriam validar as proposições enunciadas.

Com a aplicação destas medidas, o objetivo primordial de melhorar o acompanhamento do doente mental, seria plenamente atingido, além de, poderem ser atingidas outras metas fundamentais para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, traduzindo-se por uma redução de custos para o Estado no que concerne à saúde.

Essa redução de custos assentaria nalguns vetores essenciais: Racionalização de medicação; Redução das fraudes; Redução dos desperdícios com medicamentos; Rentabilização dos custos clínicos; Redução das baixas médicas e dos custos de produtividade.

5.1 Melhor acompanhamento do doente mental

Vindo ao encontro das diretivas internacionais para a melhoria da saúde mental, é fundamental um melhor acompanhamento do doente. A aplicação do referido sistema de informação permitiria o acompanhamento do doente, em várias fases da sua doença, por vários intervenientes, podendo os dados ser monitorizados e analisados em várias fases do processo evolutivo do doente, corroborando desta forma a proposição 1.

- i. P₁: A implementação de um sistema de acompanhamento mental produz um impacto positivo significativo no acompanhamento do doente mental.

Um melhor acompanhamento, envolvendo toda a comunidade ligada ao doente, possibilita uma melhor adesão à terapêutica prescrita, consolidando a recuperação, favorecendo a estabilização, evitando possíveis recaídas e reduzindo o desperdício de recursos quer humanos quer materiais, levando a uma melhoria do estado geral do doente, indo de encontro à proposição 2.

- ii. P₂: Um melhor acompanhamento do doente mental tem um impacto positivo significativo na melhoria da saúde mental.

5.2 Racionalização da medicação

No sistema atual, com receita em papel, o médico não está muito vocacionado para fazer contas quanto ao número de comprimidos prescritos. Acontece muitas vezes, porque os medicamentos não têm a mesma posologia, nem as caixas têm a mesma quantidade, serem prescritos caixas de medicamentos a mais ou menos, dependendo da quantidade por caixa.

Imaginemos, um caso concreto, um doente hipertenso, com um transtorno dissociativo, que para a estabilização da doença tenha necessidade de fazer uma terapêutica combinada de um anti hipertensor Coaprovel ® 300 mg x 28 comprimidos, com a posologia de 1 comprimido em jejum e um antipsicótico Seroquel® SR 400 mg x 60 comprimidos, com a posologia de 1 comprimido à tarde. Numa consulta de avaliação, o médico especialista passou uma receita tripla, com uma embalagem de cada. Quem isto dizer que, para o controle da tensão arterial o doente está servido de medicação para aproximadamente três meses (3 receitas x 28 comprimidos, com 1 toma diária) ao passo que para o controle da sua psicose teria medicação para 6 meses (3 receitas x 60 comprimidos, com 1 toma diária). Nesta situação, o utente teria que optar, por duas hipóteses: ou abdicar de levar o antipsicótico, ou levá-lo de qualquer forma, fazendo um *stock* excessivo. No novo sistema de informação, este controle teria que ser feito pelo médico, sendo que o sistema não permitiria duas coisas: a falta de medicação para o utente, nem o levantamento de medicação em excesso.

Face ao exposto, podemos dar como validada a proposição 4.

- i. P₄: A implementação de um sistema de acompanhamento mental reverte-se num impacto positivo significativo na racionalização do medicamento.

5.3 Diminuição de custos económicos e sociais

Outra das vantagens da implementação do sistema proposto traduz-se na redução de custos para o Estado. A título de exemplo, e segundo um estudo Sueco efetuado por Sobocki (2006), relativamente à componente depressão, estimou-se que em termos anuais, o custo total por paciente atingiu SEK 102 200, ou seja 11 983,069€. Este número dá-nos uma dimensão do valor que cada paciente com depressão major pode custar ao Estado, e que se extrapolado para a enormidade de doenças mentais, verificar-se-ia um incremento deste custo por paciente

5.3.1 Evitar e controlar fraudes

Utilizando de novo o exemplo anterior, e partindo da hipótese do doente não levantar uma caixa de Seroquel® SR 400, o que pode suceder com essa receita? O mais lógico é a farmácia imprimir o medicamento dispensado (Coaprovel ® 300 mg) e remeter a receita para a ACSS para obter a comparticipação no final do mês. E é aqui que reside o busílis da questão. Os sistemas informáticos atuais permitem a impressão do código de barras do medicamento, mesmo que o doente não o avie. Está aberta a porta à fraude. A farmácia que optar por esta ilegalidade está a defraudar o Estado em 157,49€, na pior das hipóteses (174,49€ PVP – 17,50€ Comparticipação do utente). Isto com apenas uma receita. Agora multipliquemos esta receita por alguns milhares, e por outros tantos medicamentos. Estamos na presença de uma potencial fraude de dimensões assinaláveis.

Com os atuais sistemas de informação, isto não só é possível, como muito difícil de detetar ou controlar. Agora suponhamos que existem médicos e farmácias, em cartel, que passam receitas a doentes, sem o conhecimento destes, com medicamentos criteriosamente escolhidos (caros e muito comparticipados), estaremos na presença de fraudes na ordem dos milhões.

No novo sistema, as fraudes seriam reduzidas para um valor praticamente residual, uma vez que passaria a haver um controle muito mais apertado do receituário. Esta diminuição das receitas ilícitas traduzir-se-ia numa significativa redução de custos para o Estado.

5.3.2 Diminuir e controlar desperdícios de medicamentos

Tendo ainda por base o exemplo supra, no caso de o doente aviar as receitas na sua totalidade, vai ficar com excessos do medicamento Seroquel® SR 400. Se o medicamento da tensão vai permitir a terapêutica para 84 dias, o medicamento para a psicose vai permitir 180 dias de tratamento, ou seja, quase mais de 100 comprimidos.

Caso na consulta seguinte a comunicação entre o médico e o doente não contemple este fator, a situação pode-se repetir, assumindo contornos mais preocupantes. Nesta situação, o doente fica com comprimidos de Seroquel® SR 400 a mais, e se por qualquer motivo existir uma mudança de medicação, essas embalagens excedentes retornam para as farmácias, na melhor das hipóteses, como desperdício, sendo destruídas posteriormente pelo Valormed. Não raras vezes são colocadas no lixo normal, provocando mais focos de poluição.

Com a implementação do novo sistema, este tipo de desperdícios decairia para um valor quase residual, porque no ato de prescrição o médico com auxílio do sistema, faria os ajustes necessários para cobrir as necessidades do doente, acautelando o desperdício.

Neste novo contexto de prescrição, com um melhor acompanhamento do doente mental, estaria garantida a racionalização da medicação, assegurando os medicamentos necessários para o controle ou tratamento das doenças, mas evitando-se os desperdícios, resultando daí uma diminuição dos gastos por parte do Estado, o que vai de encontro à proposição 5.

- i. P₅: A racionalização de medicamentos tem um impacto positivo significativo nos custos do Estado, permitindo a alocação de recursos para a saúde mental.

5.3.3 Diminuir e controlar a despesa avultada em medicamentos

Os pressupostos explanados nas alíneas anteriores, só por si são geradores de despesas excessivas, que podem ser aligeiradas com um controle mais efetivo da medicação prescrita e aviada. A medicação excessiva, as burlas e os desperdícios de medicamentos, se controlados de maneira mais assertiva podem gerar poupança, que pode ser alocada para outras necessidades do Serviço Nacional de Saúde, tornando-o mais eficaz, potenciando a sua sustentabilidade. Um novo sistema de informação, que interaja com todas estas nuances, pode ser o um ponto de apoio para uma remodelação do SNS.

Com um melhor acompanhamento do doente mental, e estando garantida a racionalização da medicação, reduzir-se-iam os desperdícios, evitar-se-iam as fraudes e evitar-se-ia a prescrição abusiva e excessiva, resultando daí uma diminuição dos gastos por parte do Estado, o que valida a proposição 5.

- i. P₅: A racionalização de medicamentos tem um impacto positivo significativo nos custos do Estado, permitindo a alocação de recursos para a saúde mental.

Tendo em conta o estudo efetuado na Suécia por Sobocki (2006), os custos dos medicamentos foram estimados em 2 300 SEK, ou seja 269,68€ por paciente, 91% dos quais foram os custos dos antidepressivos. Novamente é referida apenas a componente

relativa à depressão, se extrapolássemos para todo o tipo de doença mental este valor seria mais elevado.

5.3.4 Diminuir e controlar os custos clínicos (consultas, internamento, tratamento)

Atuando de forma mais assertiva no controle da medicação, salvaguardando que nenhum doente ficaria sem os medicamentos necessários para as suas doenças, envolvendo todas as partes interessadas, estaríamos também a reduzir os custos clínicos, quer no que concerne a consultas quer no que respeita ao internamento e ao próprio tratamento. Com a intervenção efetiva de todas as partes interessadas apoiando o doente, a sua estabilização iria ser muito mais rápida evitando novas consultas ou internamentos, conseguindo muitas vezes a almejada estabilização ou cura da doença, com doses muito mais baixas e menos dispendiosas.

De acordo com o estudo para a Suécia os pacientes com depressão tinham, em média, sete consultas ambulatoriais, durante seis meses, e 0,3 dias hospitalares de cama. As consultas médicas foram o tipo mais relatado de consultas ambulatoriais. Os custos de cuidados médicos foram calculados em SEK 15.500, que corresponde a 1.817,39€ por paciente, composto pelos cuidados de internação (SEK 1 200), pelo atendimento ambulatorial (SEK 8.800) e pelas visitas a outros profissionais de saúde (SEK 5.500) (Sobocki, 2006). Este estudo reflete apenas os custos com a depressão, mas mesmo incluindo apenas esta doença mental, como se pode verificar é um valor demasiado alto para os cofres do Estado.

Este novo sistema de informação permitiria uma melhoria significativa no acompanhamento do doente mental, apostando na promoção da saúde, na consequente estabilização e monitorização do mesmo, prevenindo recidivas e atuando mais precocemente, o que por sua vez reduz os internamentos e as consultas de especialidade. Logo a melhoria da saúde mental potencia a diminuição dos custos por parte do Estado, o que corrobora a proposição 3.

- i. P₃: A melhoria da saúde mental tem um impacto positivo significativo nos custos do Estado.

5.3.5 Diminuir custos indiretos

Uns dos principais custos para o Estado são os chamados custos indiretos que estão relacionados com a perda de produtividade na sociedade devido à doença. Exemplos de custos indiretos são os custos de licença por doença, redução da produtividade no trabalho ou aposentadoria antecipada (Sobocki, 2006).

Estabilizando o doente muito mais rapidamente, o regresso ao trabalho seria o passo seguinte, o que levaria a uma redução dos custos indiretos. Dependendo da doença, da sua gravidade e da forma como o doente recuperar, este pode ser integrado nas funções normais de trabalho, ou em última análise, num trabalho adaptado. Poder-se-ia equacionar a hipótese de um regresso ao trabalho de forma gradual, com a Segurança Social a suportar apenas uma parte do salário. Com este processo, o Estado além de poupar no valor da prestação social por desemprego, ainda arrecadaria os descontos dos trabalhadores, quer da taxa social única, quer em sede de IRS.

Um facto que deve ser realçado, neste tipo de doentes com doenças mentais ou em qualquer outro tipo de doente com uma doença crónica, o absentismo causado pelas idas ao médico poderia ser reduzido significativamente, uma vez que o doente só teria que ir ao

médico para as consultas de rotina, sendo dispensado das consultas de renovação de medicação, uma vez que o sistema de informação a implementar suportaria a renovação automática do receituário.

Knorring, Åkerblad, Bengtsson, Carlsson, & Ekselius (2006) acompanharam os pacientes durante dois anos e estimaram um custo total de SEK 378 400 por paciente (preços de 2002), dos quais os custos indiretos constituíram 87%.

O estudo feito por Sobocki (2006) na Suécia evidenciou que os pacientes deprimidos na força de trabalho (idade 18-65) foram, em média, ausentes do trabalho por 68 dias, durante seis meses (ou 45 dias com base no pleno estudo da população), e 6% dos pacientes estavam em reforma antecipada. Estes custos indiretos somaram SEK 33.300, 3.904,46€ por paciente, o que representa 65% dos custos totais.

Ao haver uma intervenção mais precoce e mais próxima do doente, proporciona-se uma melhoria da saúde mental, onde os doentes estabilizariam muito mais rápido e a perda de produtividade seria reduzida, logo a melhoria da saúde mental potencia a diminuição dos custos indiretos por parte do Estado, o que corrobora a proposição 3.

- i. P₃: A melhoria da saúde mental tem um impacto positivo significativo nos custos do Estado.

5.4 Criação de poupança por parte do Estado

Potenciando diminuições de despesas em várias frentes, quer por via da redução da despesa com medicação, racionalizando o uso dos medicamentos e evitando desperdícios, quer pela redução dos custos clínicos e dos custos indiretos, através da melhoria da saúde mental, os gastos do Estado correspondentes à área da saúde mental seriam reduzidos o que proporcionaria a criação de uma poupança, corroborando assim a proposição 6.

- i. P₆: A diminuição dos custos económicos e sociais do Estado tem um impacto positivo significativo na criação de poupança por parte do Estado.

Esta poupança poderia ser alocada para a comparticipação de medicamentos, apostando numa maior percentagem de comparticipação de alguns deles, ou na introdução de outros não comparticipados, potenciando melhores adesões às terapêuticas, beneficiando a saúde de uma forma geral das populações, evitando que os doentes mentais desestabilizem.

5.5 Racionalizar, reeducar e responsabilizar

Esta remodelação que se pretende no SNS com este novo sistema assenta assim em três pilares basilares para o sucesso da universalidade do sistema de saúde, que se pretende de todos e para todos. Para o êxito ser garantido há a necessidade de envolver todas as partes interessadas, unificando esforços nesses eixos principais: Racionalizar, Responsabilizar e Reeducar.

5.5.1 Racionalizar

Inserido nesse cartão único, na área da saúde estaria uma secção “farmácia”, devidamente protegida, mas com toda a informação com relevância para as boas práticas farmacêuticas disponíveis para as farmácias: historial farmacológico, alergias a medicamentos, medicação usada habitualmente, historial clínico (aquilo que pudesse ser revelado e o doente autorizasse, por exemplo: diabetes, hipertensão, glaucoma).

Nessa subsecção farmácia, estaria também destinado um espaço para receituário. Este espaço serviria de veículo de comunicação entre o médico e a farmácia. Quando um doente fosse a qualquer médico, em vez da tradicional receita, sairia do consultório apenas com o Cartão Único, e, uma vez chegado à farmácia o técnico ou farmacêutico após consulta do sistema de informação saberia que medicamentos dispensar, a duração do tratamento e a posologia aplicada a cada um deles. Só com esta medida estariam logo à partida eliminados os gastos em papel, melhorando ainda a vertente ambiental, com a anulação de toneladas de desperdícios desse mesmo papel.

No caso dos doentes crónicos, estabilizados e controlados, estes apenas tinham que ir ao médico 2-3 vezes por ano (exceto em caso de necessidade comprovada), porque no cartão tinham a autorização para levantar a medicação que lhes tinha sido prescrita para as suas doenças crónicas, e apenas essa medicação, de uma forma renovável. E essa informação estaria reunida de forma precisa, por exemplo: um hipertenso com insuficiência cardíaca que fizesse uma terapia combinada de 2 anti-hipertensores (Coaprovel® 300 mg x 28 comprimidos, com a posologia de 1 em jejum e Nebilet® 5 mg x 30 comprimidos com a posologia de 1 à noite), um diurético (Lasix® 40 mg x 60 comprimidos, com a posologia de 1 em jejum) e Lanoxin® 0,25 mg x 60 comprimidos, com a posologia de um ao almoço); o sistema só permitiria a comparticipação mensalmente da quantidade certa de medicamentos. Quer isto dizer, que o Estado só comparticiparia, por exemplo de 20 em 20 dias (era importante deixar alguns dias de margem de manobra para dar tempo ao doente para ir abastecer-se à farmácia) aquela medicação para aquele doente, nomeadamente: Coaprovel®, Nebilet® (1 caixa de cada); enquanto os outros: Lasix® e Lanoxin® apenas seriam comparticipados de 40 em 40 dias, uma vez que cada embalagem dá para 2 meses de tratamento. O mesmo princípio seria aplicado a quem estivesse a fazer um tratamento profilático para a enxaqueca, por exemplo, durante 3 meses. Durante esse tempo estaria autorizado no seu Cartão Único a levantar a medicação prescrita, em qualquer farmácia, nesse período de tempo, findo o qual seria esta revogada, até nova autorização médica.

Este método seria aplicado a todo o tipo de receituário, inclusive as receitas das urgências. Por outro lado, todo e qualquer tipo de medicamento ou dispositivo médico que o utente utilizasse, ficariam registados na sua base de dados, ajudando no futuro na construção do seu historial clínico e farmacológico. Isto seria um importante auxiliar para os clínicos, que perante um qualquer tipo de doença poderiam antecipadamente saber que medicamento teria melhor aderência clínica no doente em questão.

Outro aspeto deveras importante seria o controlo da medicação, não só em termos quantitativos, mas também no que concerne à qualidade. Fala-se muito em resistência aos antibióticos, mas neste momento é impossível saber quem toma antibióticos e porquê. Com este novo sistema era possível monitorizar o consumo de todos os medicamentos, havendo um controle muito mais assertivo sobre o seu consumo, e prevenir abusos e utilizações em demasia, evitando assim alguns problemas para a saúde pública, tais como a resistência aos antibióticos ou o uso abusivo de algumas substâncias como por exemplo as benzodiazepinas e os hipnóticos.

O Estado com estas medidas poderiam obter alguns benefícios, como por exemplo a venda de medicamentos nas farmácias e espaços de saúde passaria obrigatoriamente pelo Cartão Único, independente de serem comparticipados ou não. Com esta medida, era possível saber que o doente X, numa determinada data, comprou o medicamento Y, no local Z, por

um determinado valor. No caso de um efeito secundário ou de uma reação adversa medicamentosa seria fácil monitorizar estas ocorrências e informar as autoridades competentes rapidamente.

Por outro lado, seriam dispensados os recibos, porque no Cartão Único estariam as provas do pagamento da medicação. Algo de semelhante ao que se faz atualmente no portal das finanças. Não menos importante seria o facto de acabarem as fraudes em sede de IRS, uma vez que com este método, aquando da entrega da declaração de rendimentos, automaticamente seriam deduzidas as despesas daquele contribuinte e do seu agregado familiar. Acabavam as fraudes com as despesas de saúde com contribuintes a deixarem de apresentar os recibos de outros que não os seus e do seu agregado familiar.

Mais uma vez se estaria a atuar com uma dicotomia de ações, uma vez que ao dispensar os recibos em papel atuar-se-ia também na vertente ambiental, reduzindo os gastos em papel.

Com estas medidas haveria um controlo efetivo da medicação gasta, com ligação direta a cada utente, de uma forma simples e segura. O desperdício de medicamentos cairia para um valor residual uma vez que a personalização da medicação não deixaria margens para muita manobra.

Se houvesse algum abuso ou fraude, as autoridades competentes poderiam atuar (porque estaria no sistema de informação do utente), aplicando coimas pesadas aos autores das fraudes. Estaríamos a atuar na Racionalização do consumo, tendo o especial cuidado para que nenhum utente ficasse sem medicação. Com estas medidas o Estado teria uma poupança de milhares de euros mensalmente. Atuando no controle do desperdício diminuir-se-iam as embalagens de medicamentos que seriam deitados ao lixo, poluindo o ambiente, uma vez que nem toda a população entrega nas farmácias a medicação com prazo terminado ou fora de uso para uma destruição controlada por parte do Valormed.

E claro, o Valormed teria uma redução drástica no seu volume de destruição, só em 2011 foram recolhidas 853,8 toneladas de resíduos de embalagens de medicamentos, o que representa um acréscimo de recolhas de 1,9% relativamente ao ano transato (Valormed, 2011).

Não menos valorizado seria o facto de este método dispensar as idas ao médico com frequência, libertando assim os clínicos para as consultas de urgência, podendo estes dedicar mais tempo de qualidade aos seus doentes.

Embora não seja do conhecimento comum, as consultas nos Centros de Saúde, apesar de serem gratuitas ou terem um custo apenas simbólico para o utente, vulgo taxa moderadora, também têm um preço para o Estado e por isso têm um peso demasiado elevado para o erário público.

Segundo um estudo efetuado em 2005 pelo Ministério da Saúde, cada utente inscrito num centro de saúde custava ao Estado, por ano, 216,5€, de custos administrativos e cada consulta custa ao Estado a módica quantia de 68,60€ (Gouveia, Silva, Oliveira, & Miguel, 2006). Lembro apenas, que na clínica privada, nos dias de hoje, uma consulta de especialidade oscila em média entre 70 a 80€.

O método em cima referido permite ao Governo reduzir o número de consultas, sem diminuir a qualidade do serviço prestado, facto que traduzir-se-ia numa redução significativa nas despesas de saúde.

Por último, mas não menos importante, será o facto de um trabalhador que tome regularmente qualquer tipo de medicação não necessitar de faltar ao seu emprego para apenas ir buscar uma receita ao seu médico de família, reduzindo assim o absentismo.

5.5.2 Responsabilizar:

Com a implementação deste sistema seria criada uma responsabilidade acrescida para todos os intervenientes na área da saúde e do medicamento: médico, farmácias e utentes.

Para os médicos seriam criadas *guidelines* para as doenças mais comuns e um médico se quisesse receitar outro tipo de medicação seria obrigado a justificá-la de maneira plausível. Claro que o clínico poderia escolher o medicamento que entendesse para o seu doente, mas tinha-o que fazer de forma responsável e explicar porque entendeu ser este tratamento e não outro qualquer o mais adequado para o seu doente. Por outro lado o clínico seria obrigado a fazer contas sobre o medicamento receitado, o número de comprimidos ou outras apresentações versus número de embalagens, de forma a cobrir a posologia pretendida, e apenas estaria autorizado a passar a quantidade certa para o tratamento em questão. Tudo o que excedesse esses padrões definidos teria que ser devidamente fundamentado. Sob tal sistema, a taxa de comparticipação seria baseada em protocolos terapêuticos elaborados e recomendados por uma comissão central de acordo com mais-valia terapêutica.

O regime de comparticipação de tratamento de doenças crónicas seria incluído neste sistema. Muitas vezes os médicos não estão sensibilizados para o preço dos medicamentos, haveria pois que criar um departamento que sensibilizasse os clínicos para o peso da medicação, quer para o doente, quer para o Estado, isto sem perder de vista aquilo que são as boas práticas da medicina e o superior interesse do doente.

Neste processo as organizações de saúde seriam responsabilizadas pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. Teria que envolver todos os membros das equipas de saúde, com reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, e envolveria um esforço conjunto, da equipa, para identificar aspetos dos cuidados que necessitem de melhoria e para procurar soluções, implicando a necessária responsabilização pelos serviços prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes.

Este último aspeto é bastante importante, não bastando prestar bons cuidados, mas sendo necessário demonstrá-lo, para manter a confiança de colegas e cidadãos.

As farmácias seriam equipadas com terminais aptos para ler a informação contida nos cartões e na questão do receituário não teriam muita mais margem de manobra. Claro que tinham toda a liberdade para indicar medicação e tratamento para uma série de patologias, e poderiam continuar a trabalhar a chamada medicação de venda livre e a medicação de carácter preventivo, para além de todos os serviços que prestam e continuariam a prestar. Uma enorme vantagem deste sistema para as farmácias era o facto de as chamadas vendas suspensas (vendas que aguardam a entrega da receita, e que representam um enorme quantidade de capital) serem reduzidas para um valor quase residual.

Com este sistema em funcionamento, utentes também seriam responsabilizados. Um utente que cumprisse todos os requisitos que fosse cuidadoso com a sua medicação, que evitasse desperdícios teria direito à comparticipação legal em vigor (poderia equacionar-se a hipótese de haver descontos adicionais para os doentes cumpridores), independente da

quantidade de medicamentos que tome. Por outro lado, os utentes que por displicência ou abuso fizessem mau uso da medicação, aviando as receitas fora daquele período normal seriam penalizados de forma gradual, isto é: na primeira vez pagariam mais 25% do custo, da segunda pagariam 50 % mais e da terceira vez teriam que suportar a medicação na totalidade, sendo por esta forma responsabilizadas pelo mau uso dos seus medicamentos.

Claro que este método não poderia ser completamente cego e teria que admitir algumas exceções, nomeadamente para casos em que comprovadamente a culpa pela falta da medicação não pudesse ser imputada ao utente, como por exemplo: um assalto comprovado, um incêndio em sua casa, uma inundação, etc.

Isto tudo estaria perfeitamente regulamentado, e seria devidamente fiscalizado, e em caso de infração ou abuso, os prevaricadores seriam punidos exemplarmente com coimas avultadas, de forma a responsabilizar e dissuadir os possíveis abusadores ou desleixados.

A proteção de dados de cada utente estaria sempre salvaguardada, uma vez que cada organismo só teria acesso às informações necessárias ao bom desempenho das suas funções. Seria adaptada legislação de forma a dar o devido enquadramento legal a todo este sistema.

5.5.3 Reeducar:

Por reeducar entende-se: completar a educação ou proporcionar uma nova educação com vista à integração num meio social ou profissional diferente. Com as medidas aplicadas na alínea anterior, o utente tinha que aprender a gerir melhor a sua saúde de modo a controlar a toma dos seus medicamentos, sob pena de ter custos financeiros acrescidos e penalizadores. Mas este plano ia mais longe. Começaria logo nos bancos da escola, o mais precocemente possível.

Por exemplo, a nível do primeiro ciclo seria criada uma disciplina chamada Educação para a Saúde, por exemplo, se possível com um horário de pelo menos duas horas semanais, que em perfeita simbiose com outra disciplina (cujo horário também deveria ser alargado) que é o caso de Formação Cívica. Estas disciplinas acompanhariam o aluno ao longo de todo o seu percurso académico.

O conteúdo desta disciplina curricular, como o próprio nome indica iria ser vocacionado para a educação para a saúde, com os programas adaptados às faixas etárias, incidindo particularmente nas medidas preventivas. Falar-se-ia da diabetes, hipertensão, obesidade, doenças sexualmente transmissíveis, sida, da doença mental, etc. Estes temas seriam abordados de forma incisiva, com os alunos a ter que prestar provas, de forma a interiorizarem a matéria.

Falar-se-ia das complicações das doenças, da mortalidade e morbilidade, da forma como se pode prevenir ou evitar algumas delas e como se pode viver e conviver com certas doenças. A relação entre o estilo de vida e a doença também seria abordado de forma enérgica de modo a poder mudar mentalidades. Paralelamente, quer nesta disciplina quer em formação cívica, seriam feitas abordagens à cidadania, à política, de forma a incentivar os futuros homens a terem interesse pelo estado do país e das contas públicas. As abordagens na área de Formação Cívica seriam também melhoradas, de forma a poderem interagir com a disciplina de Educação para a Saúde, de maneira a poderem melhorar-se mutuamente. À medida que a idade fosse avançando os conteúdos seriam mais exigentes e os alunos tornar-se-iam cada vez mais responsáveis.

Com estas medidas, a médio longo prazo estaríamos a criar cidadãos mais conscientes da problemática do Estado, mais participativos nas suas questões de cidadania e acima de tudo muito mais cientes da problemática da saúde. Em suma, as novas fornadas de homens e mulheres saíam das escolas seriam muito mais humanos, na verdadeira aceção da palavra.

O excesso de consumo de medicamentos atual, comparativamente com outros países europeus, pode ser parcialmente explicado pelo comportamento dos utentes, já que estes, por apenas suportarem uma parte do preço do medicamento (ou nenhuma, nos casos em que a comparticipação é total), têm uma sensibilidade reduzida quanto ao custo real do seu consumo. Aqui era fundamental a reeducação dos utentes e a classe médica, devido à tradição cultural existente que favorece a medicação, nomeadamente através de campanhas informativas sobre o tratamento de alguns problemas de saúde, e sobre a importância do uso racional dos medicamentos e dos recursos disponíveis.

Este tipo de educação já existe em alguns doentes. Um bom exemplo da civilidade e do uso racional dos medicamentos é o dos doentes diabéticos insulínos dependentes. Raramente se fala em desperdício de insulina ou de fraudes com esse medicamento. E, embora seja comparticipada a 100%, ou seja, o doente não tem nenhuma despesa com a insulina, as situações referidas anteriormente não se aplicam. Porquê? É simples, o doente diabético é um doente disciplinado. É um doente que foi treinado para auto injetar insulina, que sabe monitorizar os seus níveis de glicémia no sangue e injetar mais ou menos insulina, consoante a necessidade. Estes doentes aquando da descoberta da diabetes são internados, e têm dias ou até semanas de formação, sobre a doença, a forma de lidar com a mesma, a maneira de injetar a insulina e controlar os seus níveis de glicémia. Os doentes ao sair do internamento vêm com as instruções suficientes, uma espécie de formação intensiva, para saberem como usarem o medicamento de forma racional e precisa. Desta forma, evitam-se os desperdícios e consegue-se um controlo mais efetivo da doença.

Relativamente ao papel do Estado, essencialmente através do governo e do Infarmed, assumiria um desempenho fundamental na questão da fiscalização em tempo útil de todo o processo, disponibilizando informação a médicos e utentes de forma célere. Os médicos deveriam ser informados acerca dos aspetos económicos, especialmente o impacto na despesa, dos seus atos enquanto prescritores. No sistema atual, a principal fonte de informação dos médicos é a indústria farmacêutica, que, naturalmente, não tem necessariamente incentivos compatíveis com a contenção da despesa na comparticipação de medicamentos.

5.6 Conclusões e trabalho futuro

O Serviço Nacional de Saúde atravessa um período particularmente difícil, e carece de intervenção o mais rapidamente possível.

Os últimos anos têm demonstrado um aumento significativo da prevalência de casos de doenças mentais, não só no nosso país, mas um pouco por toda a Europa e pelo Mundo.

Urge intervir, não apenas nos focos de incidência desta verdadeira pandemia moderna, mas acima de tudo, nas condições de tratamento e acompanhamento de quem é apanhado por este flagelo.

A conclusão imediata deste trabalho prende-se necessariamente com o acompanhamento que é dado ao doente mental, a maior parte das vezes deficitário. Ao longo da realização

deste trabalho, foram detetados problemas graves na abordagem ao tratamento e acompanhamento da saúde mental em Portugal.

Apesar de regulamentada, com diretrizes emanadas pelos organismos europeus e mundiais, com *guidelines* e recomendações bem definidas, foram encontradas muitas discrepâncias entre o que está preconizado a nível europeu ou mundial, e aquilo que realmente se faz no nosso país.

Os recursos existentes encontram-se muitas das vezes subaproveitados ou dispersos, funcionando sem coordenação entre os vários setores intervenientes, não potencializando as necessárias interações no percurso do doente.

Nesse contexto, e porque os recursos são cada vez mais escassos, existe a necessidade de apostar na formação de cidadania, no sentido de proteger aquilo que deve ser um bem comum: a saúde. A aplicação de um plano que vise a Racionalização, Responsabilização e Reeducação na área da saúde pode, no médio longo prazo assegurar a sustentabilidade e um Serviço Nacional de Saúde que se quer de todos, e para todos.

Por outro lado, para fazer face aos custos acrescidos da saúde mental, os caminhos encetados privilegiam sempre a redução de custos no curto prazo, não tendo em linha de conta a saúde do doente, enquanto indivíduo com pertença à sociedade.

Medidas que penalizam a comparticipação de medicamentos utilizados nas patologias mentais, longe de melhorarem, agudizam a asfixia financeira do sector da saúde em Portugal. São necessárias medidas de fundo, que alterem o panorama da saúde mental no nosso país, e que possam servir de alavanca para uma verdadeira reforma no panorama da saúde neste retângulo à beira-mar plantado.

A principal conclusão reside no facto de, em prol da saúde mental, gerir melhor os recursos disponíveis, agremiando esforços em torno do doente, partilhando a informação, chamando a intervir todas as partes interessadas na recuperação do doente, para que se possa maximizar as condições de tratamento e acompanhamento da saúde mental em Portugal, resultando daí a melhoria da saúde mental no nosso país.

E é aqui que reside a verdadeira essência desta dissertação, que culmina na intenção de criar um sistema de informação que consiga congrega as potencialidades de outros sistemas informáticos utilizados na saúde, unificando-os, para que a partilha de informação seja profícua para todos os profissionais envolvidos, e resultem daqui claros benefícios para o doente.

E é nesta conclusão que desagua este trabalho, e na mais-valia que pode ser um sistema de informação, que além destas apetências, também possa ser utilizado para racionalizar as prescrições médicas, o consumo de medicamentos e as consultas de especialidade, traduzindo-se em ganhos significativos de saúde e de economia para utentes e Estado.

5.6.1 Contribuições

“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais volta ao seu tamanho inicial”.

Albert Einstein

Esta dissertação é o resultado de um estudo metódico, que exigiu no decorrer do mesmo muita análise, síntese e reflexão. Uma das vantagens que nos foi oferecida ao apresentar este tema foi o facto de enveredarmos por meios completamente diferentes da área de

formação e com um enorme grau de complexidade. Mas, apesar desta dificuldade acrescida, achamos que foi extraordinariamente gratificante, porque a saúde é uma área que apaixonava e motivava, que pode e deve ser melhorada em muitos sectores, com particular ênfase na saúde mental. Chegado o *términus* deste trabalho, ficou-nos o sentimento de dever cumprido, e importa enunciar alguns dos contributos em que esta tese culmina, nomeadamente:

- i. Foram detetados alguns problemas no tratamento e acompanhamento mental, para os quais foram propostas algumas soluções, com o intuito de se obter uma maior eficácia na abordagem às patologias mentais;
- ii. Na sequência deste trabalho, foram adaptados alguns conceitos e diretrizes utilizadas quer a nível europeu e mundial, que de alguma maneira preenchem um vazio no campo da saúde em Portugal, e que podem funcionar como alavanca no melhoramento da saúde mental;
- iii. Ao longo da nossa pesquisa e análise, verificou-se que os sistemas de informação utilizados no nosso país não são suficientemente abrangentes, e que existe espaço para um verdadeiro sistema de informação, com capacidade agregadora, que pode utilizar os conhecimentos já existentes, e que fomente e potencie a interligação entre as várias partes interessadas no tratamento e acompanhamento do doente mental;
- iv. Foram estudados os principais intervenientes e interessados no bem-estar do doente mental, bem como a forma de estes poderem auxiliar a doença mental;
- v. Foi criado o processo de consultas e acompanhamento do doente mental, para que melhor se pudesse entender como é que os intervenientes se relacionariam;
- vi. Foi desenhado um sistema de informação que assenta na partilha de informação entre as várias partes intervenientes, com benefícios profícuos para todos eles, e este sistema seria utilizado nos diversos segmentos da saúde;
- vii. Foram criados requisitos para o sistema, tendo em conta os diferentes intervenientes no sistema de informação;
- viii. O sistema de informação idealizado, cuja génese se centra na saúde mental, pode ser extrapolado para outras áreas da saúde, possibilitando uma maior assertividade na prescrição e consumo de medicamentos;
- ix. Por último, tornou-se perceptível alguma falta de proteção da saúde como bem comum, e como a saúde deve ser um direito e um dever, de todos para todos, foi apresentado aqui um contributo que, do nosso ponto de vista merece uma profunda reflexão: Racionalizar, Responsabilizar e Reeducar.

5.6.2 Perspetivas de trabalho futuro

Num trabalho de investigação, por mais exaustivo e preciso que tente ser, deixa sempre algumas lacunas por preencher. Muitas vezes, as dissertações sofrem um processo de humanização, ganhando vida própria, e no decorrer da sua elaboração, o caminho inicialmente traçado, acaba por ser algo sinuoso, e não integralmente cumprido. O caminho encetado há longo tempo atrás, continua, do nosso ponto de vista, a ser meritório e digno de análise. No entanto, existem algumas abordagens que merecem ser feitas, e que por falta

de enquadramento deixaremos aqui expressas, como recomendações para um trabalho futuro. São elas:

- i. Questionar as partes interessadas, criando para o efeito várias amostras representativas de cada interveniente, para que se possa aferir em que medida os requisitos do sistema se complementam com os requisitos das partes interessadas;
- ii. Aproveitar o *know-how* das plataformas já existentes para a criação de um sistema mais abrangente e unificado;
- iii. Corroborar as proposições apresentadas ao longo desta dissertação, com dados quantitativos, para que possa ser economicamente mensurável os ganhos obtidos;
- iv. Criação de um sistema protótipo, onde sejam testadas as proposições aventadas neste trabalho, para sentir o pulsar das necessidades dos intervenientes, e em que medida pode ser enquadrado com a realidade da saúde mental no nosso país.

5.6.3 Limitações

No culminar de um percurso académico, numa pequena análepse ao que foi o nosso percurso, é importante referir que tínhamos perfeita consciência das nossas capacidades de trabalho esforço e dedicação. Mas, mais importante do que ter consciência da nossa vontade é indubitavelmente, o reconhecimento das nossas limitações. Impunha-se uma análise mais quantitativa. Ao longo do nosso trabalho, quer na fase de revisão bibliográfica, quer na elaboração do trabalho em si, foram surgindo algumas limitações, das quais, algumas merecem nota de destaque:

- i. Os dados quantitativos referentes ao consumo de fármacos não se encontram atualizados, além de que, os dados disponíveis não possibilitaram o enquadramento inicialmente pretendido;
- ii. Ao longo da revisão bibliográfica foram detetados inúmeros constrangimentos devido ao facto dos muitos estudos analisadas, poucos versarem a realidade do nosso país, pelo que teve que se proceder à necessária adaptação;
- iii. As empresas detentoras de alguns sistemas de informação não disponibilizaram dados considerados importantes para uma melhor abordagem aos sistemas de informação existentes;
- iv. A nível hospitalar, não foi possível obter dados relativos aos preços de internamento, consultas de especialidade assim como outros dados que nos permitiriam uma análise mais quantitativa e incisiva sobre a temática proposta.

Referências

- Abas, M., Baingana, F., Broadhead, J., Iacoponi, E., & Vanderpyl, J. (2003). Common Mental Disorders and Primary Health Care: Current Practice in Low-Income Countries. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(3), 166.
- ACSS. (2010). Evolução do Indicadores PNS 2004-2010. (pp. 36): Alto Comissariado da Saúde.
- ACSS. Processo de Certificação da Prescrição Electrónica de Medicamentos. Retrieved 09-01-2013, from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Unidades Operacionais/Processo Resumo.pdf>
- ACSS. (2009). Análise da Viabilidade Económica das Aplicações SAM e SAPE. Universidade Nova de Lisboa: GANEC – Gabinete de Análise Económica.
- ACSS. (2011). Produto de software para utilização nas instituições e serviços do Sistema de Saúde: Características e fornecimento do produto (pp. 35): Administração Central do Sistema de Saúde.
- Agency, E. M. (2010). Guideline on the investigation of bioequivalence. *CPMP/EWP/QWP/1401/98 Rev. 1/ Corr* (pp. 27). London.
- AIMINHO. (2009). Serviço ALERT. Retrieved 14-01-2013, from <http://www.aiminho.pt/montraassociados/associado/id/6937>
- ALERT. (2010-2013). Missão. Retrieved 14-01-2013, from <http://www.alert-online.com/pt/presentation>
- Almeida, J. M. C. d. (2008). Plano nacional de saúde mental 2007-2016 : resumo executivo (pp. 56). Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde.
- Almeida, O. P., Forlenza, O. V., Lima, N. K. C., Bigliani, V., Arcuri, S. M., Gentile, M., . . . Machado De Oliveira, D. A. (1997). Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting: report from a survey in Sao Paulo, Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(7), 728-736. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199707)12:7<728::aid-gps624>3.0.co;2-c
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha T. S., Bryson, H., Girolamo G. de, Graaf, R. de, Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., . . . Vollebergh, W. A. M. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 (suppl 420), 47-54.
- Alter, S. (1999). *Information Systems: A Management Perspective* (3 ed.): Addison Wesley.

- Alves, A. S. D. (2011). *Responsabilidade e Governação na Moderna Gestão Hospitalar*. (Doutoramento), Universidade de Aveiro. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10773/4198>
- Alves, I. (2005). Receita electrónica: Projecto-piloto já é uma realidade em 33 farmácias de Portalegre. *Médico de Família*, 81, 40.
- Ammenwerth, E., Iller, C., & Mahler, C. (2006). IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 6(3). doi: 10.1186/1472-6947-6-3
- Ammenwerth, E., Schnell-Inderst, P., Machan, C., & Siebert, U. (2008). The Effect of Electronic Prescribing on Medication Errors and Adverse Drug Events: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(5), 585-600. doi: <http://dx.doi.org/10.1197/jamia.M2667>
- ANF. (2012). Farmácias em Ruptura Económica e Financeira: Associação Nacional de Farmácias.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Argolo, J. C. T., & Araújo, M. A. D. (2004). O impacto do desemprego sobre o bem-estar psicológico dos trabalhadores da cidade de Natal. *Revista de Administração Contemporânea*, 8, 161-182.
- Association, American Medical (2011). Clinician's guide to e-Prescribing. USA.
- Association, American Psychiatric (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR*. (4ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Association, American Psychiatric (2012). DSM-5 The future of Psychiatric Diagnosis. Retrieved 06-03-2013, from <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Aubert, R. E., Fulop, G., Xia, F., Thiel, M., Maldonato, D., & Woo, C. (2003). Evaluation of a depression health management program to improve outcomes in first or recurrent episode depression. *Am J Manag Care*, 9(5), 374-380.
- Barros, P. P. (1999). *As Políticas de Saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987-1996*. Universidade Nova de Lisboa. Retrieved from <http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/apesan99.pdf>
- Barros, P. P. (2003). Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Volume Temático*, 3, 7-17.
- Barros, P. P. (2005). *Economia da saúde - Conceitos e comportamentos*. (1ª ed.). Coimbra: Edições Almedina.

- Barros, P. P., & Nunes, L. C. (2011). *10 Anos de Política do Medicamento em Portugal*.
- Bell, S., McLachlan, A., Aslani, P., Whitehead, P., & Chen, T. (2005). Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness: a systematic review. *Australia and New Zealand Health Policy*, 2(1), 29.
- Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., & Benavides, F. G. (2002). The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(6), 405-406. doi: 10.1136/jech.56.6.405
- Berchtold, N. C., & Cotman, C. W. (1998). Evolution in the Conceptualization of Dementia and Alzheimer's Disease: Greco-Roman Period to the 1960s. *Neurobiology of Aging*, 19(3), 173-189. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4580\(98\)00052-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4580(98)00052-9)
- Bermejo-Pareja, F., Benito-León, J., Vega, S., Medrano, M. J., & Román, G. C. (2008). Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. *Journal of the Neurological Sciences*, 264(1-2), 63-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2007.07.021>
- Bircher, J. (2005). Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(3), 335-341. doi: 10.1007/s11019-005-0538-y
- Bolton, D. (2008). *What Is Mental Disorder?: An Essay in Philosophy, Science, and Values* (1ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Brookmeyer, R., Gray, S., & Kawas, C. (1998). Projections of Alzheimer's Disease in the United States and the Public Health Impact of Delaying Disease Onset. *American Journal of Public Health*, 88(9), 1337-1342.
- Brookmeyer, R., Johnson, E., Ziegler-Graham, K., & Arrighi, H. M. (2007). Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 3(3), 186-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2007.04.381>
- Brülde, B. (2000). On how to define the concept of health: A loose comparative approach. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3(3), 303-306. doi: 10.1023/a:1026517910117
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. d. (2010). A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos de População Portuguesa perante as Prescrições Médicas. (pp. 140): Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2009). Doentes Mentais e seu Perfil de Adesão ao Tratamento Psicofarmacológico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 161-167.
- Carochinho, J.-A. B. (2009). *Trabalho e novas formas de organização do trabalho: para além do hedonismo e da eudaimonia*. (Doutoramento), Universidade de Santiago de Compostela . Espanha. Retrieved from http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2746/1/9788498873283_content.pdf

- Cheng, B. H. C., & Atlee, J. M. (2007, 23-25 May 2007). *Research Directions in Requirements Engineering*. Paper presented at the Future of Software Engineering, 2007. FOSE '07.
- Cleemput, I., Kesteloot, K., & DeGeest, S. (2002). A review of the literature on the economics of noncompliance. Room for methodological improvement. *Health Policy*, 59(1), 65-94.
- CNRSSM. (2007). Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal: 2007-2016. (pp. 155). Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.
- CNSM. (2002). Proposta e recomendações. (pp. 34). Lisboa.
- CNSM. (2005). Recomendações. (pp. 55). Lisboa: Conselho Nacional de Saúde Mental.
- Coelho, J. D., Monteiro, A. J. S., Veiga, P., & Tomé, F. (1997). *Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal*. (Missão para a Sociedade da Informação / Min. da Ciência e da Tecnologia. ed.).
- Committee, E. E. a. S. (2006). *Green Paper: Improving the mental health of the population – Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruxelas.
- Communities, C. o. t. E. (2005a). Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Bruxelas: European Communities.
- Communities, C. o. t. E. (2005b). Strategic Objectives 2005-2009. Europe 2010: A Partnership for European Renewal Prosperity, Solidarity and Security. Brussels: COM(2005)12 of 26.01.2005
- Communities, C. o. t. E. (2008). *Directive of the European Parliament and of the the application of patients' rights in cross-border healthcare*. Bruxelas.
- Costa, C. F. d. J. O. G. d. (2007). *Lista de Espera Cirúrgica: O PECLEC em dois Hospitais da Região Centro*. (Mestrado), Universidade de Aveiro. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10773/3324>
- Das, A. K., Olfson, M., McCurtis, H. L., & Weissman, M. M. (2006). Depression in African Americans: Breaking barriers to detection and treatment. (Cover story). *Journal of Family Practice*, 55(1), 30-39.
- Davenport, T. H., & Prusak, L. (2000). Working knowledge: how organizations manage what they know. *Ubiquity*, 2000(August), 2. doi: 10.1145/347634.348775
- DGS. (2011a). Centros de Saúde e Unidades Hospitalares - Recursos e Produção do SNS (2000-2010). Retrieved 25-03-2013, from <http://www.dgs.pt/?mid=5005&codigoms=0&cn=7445AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA&cpp=1>

- DGS. (2011b). Diretiva Europeia sobre Cuidados de Saúde Transfronteiriços Retrieved 10-11-2012, from <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001200480114AAAAAAA>
- DGS. (2011c). Elementos Estatísticos (2004-2008). Retrieved 25-03-2013, from <http://www.dgs.pt/?mid=5005&codigoms=0&cn=7445AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA&cpp=1>
- Donovan, J. L. (1995). Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *Int J Technol Assess Health Care*, 11(3), 443-455.
- Donovan, J. L., & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science & Medicine*, 34(5), 507-513. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90206-6](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(92)90206-6)
- Emery, R. E., & Shepphird, S. (2013). Delirium. *Encyclopædia Britannica Online*.
- Engelhardt, E., Tocquer, C., André, C., Moreira, D. M., Okamoto, I. H., & Cavalcanti, J. L. d. S. (2011). Demência vascular: Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dement Neuropsychol*, 5(1), 40-77.
- ENMHP. (2012). European Network for Mental Health Promotion: What can it do for you? Retrieved 20-11-2012, from <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=portal.en.about>
- epSOS. (2012a). ePrescription (Prescrizione elettronica) / eDispensation. Retrieved 02-02-2013, from <http://www.epsos.eu/italia/il-progetto-epsos/eprescription.html>
- epSOS. (2012b). ePrescription. Retrieved 02-02-2013, from <http://www.epsos.eu/epsos-services/eprescription.html>
- epSOS. (2012c). epSOS Services. Retrieved 02-02-2013, from <http://www.epsos.eu/epsos-services.html>
- ESMHD. (2006). European Society for Mental Health and Deafness: Background. Retrieved 20-11-2012, from http://www.esmhd.org/eu/index.php?option=com_content&task=view&id=16
- Espanha, R. (2010). Sistemas de Informação em Saúde e Saúde Online. (pp. 12): Alto Comissariado da Saúde.
- EUFAMI. (2011). European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness: Sobre a EUFAMI. Retrieved 20-11-2012, from http://www.eufami.org/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=36
- Eurocare. (2012). European Alcohol Policy Alliance: About us. Retrieved 20-11-2012, from http://www.eurocare.org/about_us

- Europe, W. (2012). World Health Organization Europe: What we do? Retrieved 20-11-2012, from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do>
- Europeia, C. (2008). Direitos dos doentes no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços Retrieved 20-11-2012, from http://ec.europa.eu/health-eu/doc/citizens_summary_pt.pdf
- Europeia, C. (2012a). Cuidados de saúde transfronteiras. Retrieved 07-11-2012, from http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/cross_border_healthcare/index_pt.htm
- Europeia, C. (2012b). Cuidados Transfronteiras. Retrieved 07-11-2012, from http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_pt.htm
- Europeia, C. (2012c). Saúde mental: Acção da UE. Retrieved 23-11-2012, from http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_pt.htm
- Europeias, C. d. C. (1989). Directiva 89/105/CEE. Retrieved 12-02-2013, from http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_1989_105/dir_1989_105_pt.pdf
- Frank, L. (2000). When an Entire Country Is a Cohort. *Science*, 287(5462), 2398.
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1), 137-156. doi: 0.1901/jaba.1998.31-137
- Fryer, D. M., & Payne, R. L. (1986). Being unemployed: A review of the literature on the psychological experience of unemployment. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*.: John Wiley & Sons.
- Furtado, C., Ribeirinho, M., & Gaspar, M. (2010). Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009. (pp. 37): Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde.
- GAMIAN-Europe. (2007). Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe: Who we are. Retrieved 20-11-2012, from http://www.gamian.eu/who_we_are.htm
- GDH, P. d. C. e. d. (2010). SONHO. Retrieved 04-01-2013, from <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/SONHO>
- Goldman, H. H., & Grob, G. N. (2006). Defining 'Mental Illness' In Mental Health Policy. *Health Affairs*, 25(3), 737-749. doi: 10.1377/hlthaff.25.3.737
- Gomes, J. C. R. (2003). *Desemprego, Depressão e Sentido de Coerência: Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública*. (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Retrieved from http://193.136.116.41/saboga/soc/pulic/04_01_sco_depressao_desemprego.pdf

- Gonçalves, A. M. (2004). A doença mental e a cura: um olhar antropológico. *Revista do ISPV*, 30, 159-171.
- Gouveia, M., Silva, S. N. d., Oliveira, P., & Miguel, L. S. (2006). Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental.: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Graham, P. J., Verhulst, F. C., & Turk, J. (1999). *Child Psychiatry: A Developmental Approach* (3^a ed.): Oxford University Press.
- Grand, A. L., Hogerzeil, H. V., & Haaijer-Ruskamp, F. M. (1999). Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy and Planning*, 14(2), 89-102.
- Green, L. W., Levine, D. M., Wolle, J., & Deeds, S. (1979). Development of randomized patient education experiments with urban poor hypertensives. *Patient Counselling and Health Education*, 1(3), 106-111. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(79\)80027-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(79)80027-0)
- Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. *Br J Gen Pract*, 40(332), 114-116.
- Grinker, R. R. (2010). In retrospect: The five lives of the psychiatry manual. *Nature*, 468(7321), 168-170. doi: 10.1038/468168a
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Hallas, J. (2001). Conducting pharmacoepidemiologic research in Denmark. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 10(7), 619-623. doi: 10.1002/pds.638
- Hammarström, A. (1994). Health consequences of youth unemployment—review from a gender perspective. *Social Science & Medicine*, 38(5), 699-709. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90460-X](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90460-X)
- Harbig, P., Barat, I., Lund Nielsen, P., & Damsgaard, E. M. (2012). Instantaneous detection of nonadherence: quality, strength, and weakness of an electronic prescription database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21(3), 323-328. doi: 10.1002/pds.2351
- Health, D. O. (2008). Pharmacy in England Building on strengths – delivering the future. England.
- Hillestad, R., Bigelow, J., Bower, A., Girosi, F., Meili, R., Scoville, R., & Taylor, R. (2005). Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs. *Health Affairs*, 24(5), 1103-1117. doi: 10.1377/hlthaff.24.5.1103
- Hirschfeld, R. M., Keller, M. B., Panico, S., Arons, B. S., Barlow, D., Davidoff, F., . . . Wyatt, R. J. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association

- consensus statement on the undertreatment of depression. *Journal of the American Medical Association*, 277(4), 333-340.
- Houaiss, A., & Villar, M. d. S. (2003a). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa: Tomo VI*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Houaiss, A., & Villar, M. d. S. (Eds.). (2003b) *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa* (Vols. Tomo VI). Lisboa.
- Huber, G. P. (1991). Organizational Learning: The Contributing Processes and the Literatures. *Organization Science*, 2(1), 88-115.
- INE. (2010). Despesa corrente do Serviço Nacional de Saúde em saúde por prestador de cuidados de saúde (preços correntes). Retrieved 08-10-2012, from http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=9&frm_modo_pesquisa=&frm_texto=&frm_mod_o_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o_ine_area_ContasNacionais&xlang=pt
- Infarmed. (2011). Análise do Mercado de Medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Ambulatório. (pp. 6): Observatório do medicamento e produtos de saúde.
- Infarmed. (2013). Sistema de Preços de Referência. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PERGUNTAS_FREQUENTES/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_ECONOMICA_E_COMPARTICIPACAO/MEDICAMENTOS_COMPARTICIPADOS_SPR#P14
- Institute, M. M. M. (2006). The MetLife Study of Alzheimer's Disease: The Caregiving Experience (pp. 19): LifePlans, Inc.
- Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Jr., H. T. E., & Spicker, S. F. (1978). *Mental Health: Philosophical Perspectives*. Boston: D. Reidel Publishing Company.
- Kalaria, R. N., Maestre, G. E., Arizaga, R., Friedland, R. P., Galasko, D., Hall, K., . . . Group, W. F. o. N. D. R. (2008). Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol*, 7(9), 812-826. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70169-8
- Knorrning, L. V., Åkerblad, A. C., Bengtsson, F., Carlsson, Å., & Ekselius, L. (2006). Cost of depression: effect of adherence and treatment response. *European Psychiatry*, 21(6), 349-354. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.04.005>
- Lança, M. (2013). [Informações sobre programa Sifarma.]; comunicação pessoal.
- Laranjeira, R., Dratcu, L., & Almeida, O. (1996). *Manual de Psiquiatria Clínica* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Levy, R. L., & Feld, A. D. (1999). Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. *Am J Gastroenterol*, 94(7), 1733-1742. doi: 10.1111/j.1572-0241.1999.01200.x
- Li, Y., Li, Y., & Cao, J. (2012). Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 524.
- Mansell, R. (2010). The life and times of the Information Society. *Prometheus*, 28(2), 165-186. doi: 10.1080/08109028.2010.503120
- Maria, Hospital de Santa (2008). Prescrição Electrónica de Medicamentos no Centro de Ambulatório. Retrieved 13-01-2013, from <http://www.hsm.min-saude.pt/Default.aspx?tabid=1788&MenuActive=HospFuturo>
- Marinker, M., & Shaw, J. (2003). Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *British Medical Journal*, 326(7385), 348-349.
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários* (C. N. p. a. S. Mental Ed.). Lisboa.
- Martins, H. (2012). *PDS: Plataforma de Dados Saúde*. Paper presented at the eHISA – eHealth Information Sharing Architectures. http://paginas.fe.up.pt/~ehisa/presentations/HenriqueMartins_CIC_PDS.pdf
- Matrajt, M. (2000). Socioepidemiología y subjetividad en salud mental y trabajo. *Subjetividad y cultura*, 15, 7-26.
- McDonald, R., Cheraghi-Sohi, S., Sanders, C., & Ashcroft, D. (2010). Professional status in a changing world: The case of medicines use reviews in English community pharmacy. *Social Science & Medicine*, 71(3), 451-458. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.021>
- McFadyen, R. G. (1995). Coping with threatened identities: Unemployed people's. *Current Psychology*, 14(3), 233.
- Médicos, Portal Oficial da Ordem dos (2009). Notícias. Retrieved 22-12-2012, from <https://www.ordemdosmedicos.pt/index.php?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=1f4fe6a4411edc2ff625888b4093e917>
- Meek, P. D., McKeithan, E. K., & Schumock, G. T. (1998). Economic Considerations in Alzheimer's Disease. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 18(2P2), 68-73. doi: 10.1002/j.1875-9114.1998.tb03880.x
- Melnikow, J., & Kiefe, C. (1994). Patient compliance and medical research. *Journal of General Internal Medicine*, 9(2), 96-105. doi: 10.1007/bf02600211
- Merck, M. (2009a). Classificação e diagnóstico das doenças mentais. Retrieved 13-11-2012, from <http://www.manualmerck.net/?id=106&cn=946&ss=>

- Merck, M. (2009b). Doenças do cérebro e do sistema nervoso: delírio e demência. Retrieved 26-01-2013, from <http://www.manualmerck.net/?id=102>
- Merck, M. (2009c). Doenças Mentais na Sociedade. Retrieved 13-11-2012, from <http://www.manualmerck.net/?id=106&cn=945&ss=>
- Merck, M. (2009d). Perturbações mentais: Ansiedade. Retrieved 26-01-2013, from <http://www.manualmerck.net/?id=109>
- Merck, M. (2009e). Perturbações mentais: Comportamento suicida. Retrieved 26-01-2013, from <http://www.manualmerck.net/?id=111>
- Merck, M. (2009f). Perturbações mentais: Depressão e mania. Retrieved 26-01-2013, from <http://www.manualmerck.net/?id=110>
- Merck, M. (2009g). Perturbações mentais: Esquizofrenia e delírio. Retrieved 26-01-2013, from <http://www.manualmerck.net/?id=117&cn=0>
- Merck, M. (2009h). Tratamento das doenças mentais. Retrieved 13-11-2012, from <http://www.manualmerck.net/?id=106&cn=947&ss=>
- MHE. (2012). Mental Health Europe: Our structure. Retrieved 20-11-2012, from <http://www.mhe-sme.org/about-mental-health-europe/our-structure.html>
- Miller, R. A., Gardner, R. M., Johnson, K. B., & Hripcsak, G. (2005). Clinical Decision Support and Electronic Prescribing Systems: A Time for Responsible Thought and Action. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(4), 403-409. doi: 10.1197/jamia.M1830
- Miranda, A. (2008). *Bioética na Saúde Mental: No Limiar dos Limites: o que o doente mental mantém de homem ético?* (Mestrado), Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22144>
- Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 39-48. doi: 10.1590/S0101-60832005000700007
- Morris, L. S., & Schulz, R. M. (1992). Patient compliance—an overview. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17(5), 283-295. doi: 10.1111/j.1365-2710.1992.tb01306.x
- Mota, N. B., Vasconcelos, N. A. P., Lemos, N., Pieretti, A. C., Kinouchi, O., Cecchi, G. A., . . . Ribeiro, S. (2012). Speech Graphs Provide a Quantitative Measure of Thought Disorder in Psychosis. *PLoS ONE*, 7(4), e34928. doi: 10.1371/journal.pone.0034928
- Murray, J., Schneider, J., Banerjee, S., & Mann, A. (1999). EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II—a qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of*

Geriatric Psychiatry, 14(8), 662-667. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199908)14:8<662::aid-gps993>3.0.co;2-4

Muzina, D. J., Kemp, D. E., & McIntyre, R. S. (2007). Differentiating Bipolar Disorders from Major Depressive Disorders: Treatment Implications. *Annals of Clinical Psychiatry (Taylor & Francis Ltd)*, 19(4), 305-312. doi: 10.1080/10401230701653591

NIH. (2008). Bipolar Disorder. USA: National Institutes of Health.

NIH. (2011). Depression. (Vol. 11). USA: National Institutes of Health.

Nordenfelt, L. (1995). *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach* (2^a ed.): Kluwer Academic Publishers.

Nuseibeh, B., & Easterbrook, S. (2000). *Requirements engineering: a roadmap*. Paper presented at the Proceedings of the Conference on The Future of Software Engineering, Limerick, Ireland.

OCDE. (2010). Health Care Systems: Efficiency & Policy Settings.: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

OMPS. (2002). Evolução do Consumo de Neurolépticos em Portugal Continental de 1995 a 2001: Impacto das Medidas Reguladoras. (pp. 20): Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde.

OMS. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. *Signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100)*. Retrieved 30-10-2012, from http://www.who.int/kobe_centre/about/faq/en/

OMS. (2000). *The World health report 2000 - health systems : improving performance*. Geneva, Switzerland: Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2001a). Solving Mental Health Problems. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope* (pp. 47-73): Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2001b). The World health report 2001: Mental Health: new understanding and new hope. (pp. 178). Geneva.

OMS. (2002). *How to develop and implement a national drug policy*. (2 ed.). Geneva: Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2003a). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. (pp. 198). Geneva: World Health Organization.

OMS. (2003b). *Investing in mental health*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

- OMS. (2004a). *Medicines Strategy 2004-2007*. (pp. 150). Geneva.
- OMS. (2004b). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2004c). *Promoting Mental Health*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2008). *European Pact for mental health and well-being.*, Brussels. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
- OMS. (2009). Portugal - Effective and Humane Mental Health Treatment and Care for All. Geneva: Ministry of Health Portugal & Department of Mental Health and Substance Abuse.
- OMS. (2010). Mental health: Strengthening mental health promotion *Fact Sheet No 220*.
- OMS. (2011). Impact of economic crises on mental health. (pp. 23). Copenhagen, Denmark: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2012). International Classification of Diseases (ICD). Retrieved 13-11-2012, from <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- OPP. (2011). Evidência Científica sobre Custo-efetividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde. (pp. 53): Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- OPSS. (2001). Conhecer os Caminhos da Saúde: Relatório Primavera 2001. (pp. 59). Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS. (2002). O estado da Saúde e a saúde do Estado: Relatório de Primavera de 2002 (pp. 96). Lisboa: Observatório Português de Sistemas de Saúde.
- OPSS. (2003). Evolução do Sistema de Saúde. Retrieved 01-02-2013, from <http://www.observaport.org/node/141>
- OPSS. (2007). Luzes e Sombras: A Governança da Saúde. Relatório de Primavera 2007 (pp. 226). Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Os, J. v., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635–645.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497. doi: doi:10.1056/NEJMr050100
- Owen, J. M. (1999). Knowledge management and the information professional. *Information Services & Use*, 19(1), 7.
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., . . . van Ommeren, M. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9591), 991-1005. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61240-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61240-9)

- Patel, V., Chisholm, D., Rabe-Hesketh, S., Dias-Saxena, F., Andrew, G., & Mann, A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. *The Lancet*, 361(9351), 33-39. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12119-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12119-8)
- Pedro, A. R. S. (2009). *Personal Health Records System no contexto de saúde português* (Mestrado), Universidade Técnica de Lisboa Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.5/3026>
- Pereira, D., Nascimento, J. C., & Gomes, R. (2011). *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal* (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Petrakaki, D., Barber, N., & Waring, J. (2012). The possibilities of technology in shaping healthcare professionals: (Re/De-)Professionalisation of pharmacists in England. *Social Science & Medicine*, 75(2), 429-437. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.033>
- Pinto, L. F. B. (2009). *Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem*. (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10348/355>
- Porto, J. A. D. (1999). Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 6-11. doi: 10.1590/S1516-44461999000500003
- Raban, D. R., Gordon, A., & Geifman, D. (2011). The information society. *Information, Communication & Society*, 14(3), 375-399. doi: 10.1080/1369118x.2010.542824
- Rahimi, B., Vimarlund, V., Mokhtari, R., & Timpka, T. (2009). *Integrated electronic prescribing systems: pharmacists' perceptions of impact on work performance and patient safety*. Paper presented at the Proceedings of the 9th WSEAS international conference on Applied informatics and communications, Moscow, Russia.
- República, Assembleia da (1999). Artigo 3.º do Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de Fevereiro. *Diário da República - I série-A*(30), 676-681.
- República, Diário da (1983). Portaria n.º 805/83. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19832542%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=Portaria&v12=805/83&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>
- República, Diário da (1988). Decreto-Lei n.º 157/88. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=19881308%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>
- República, Diário da (1990). Decreto-Lei n.º 231/90. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1->

[1200&doc=19901871%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar](http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=d&cap=&doc=19901871%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar)

República, Diário da (1992). Decreto-Lei n.º 118/92. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=d&cap=&doc=19921740&v01=1&v02=1992-06-25&v03=&v04=&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=&v12=&v13=&v14=&v15=&v16=&v17=&v18=&v19=&v20=&v21=&v22=&v23=&v24=&v25=&sort=0&submit=Pesquisar&d=1992-06-25&maxDate=2013-02-12&minDate=1960-01-01>

República, Diário da (1998). Decreto-Lei n.º 305/98. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.apogen.pt/conteudos/uploads/Ficheiros/Comparticipa%C3%A7%C3%A3o/DLn.30598de7deOutubro.pdf>

República, Diário da (1999). Despacho n.º 21094/99. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/despacho_21094-99.pdf

República, Diário da (2001). Portaria n.º 543/2001. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/portaria_543-2001.pdf

República, Diário da (2002). Decreto-Lei n.º 270/2002. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=d&cap=&doc=20023633&v01=1&v02=2002-12-02&v03=&v04=&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=&v12=&v13=&v14=&v15=&v16=&v17=&v18=&v19=&v20=&v21=&v22=&v23=&v24=&v25=&sort=0&submit=Pesquisar&d=2002-12-02&maxDate=2013-02-12&minDate=1960-01-01>

República, Diário da (2005). Decreto-Lei n.º 129/2005. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/106-C_DL_129_2005.pdf

República, Diário da (2006a). Decreto-Lei n.º 127/2006. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B9EBB192-952E-4C97-94FD-6B54A9F75A58/19954/47344734.pdf>

República, Diário da (2006b). Decreto-Lei n.º 176/2006. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=d&cap=&doc=20062853&v01=1&v02=2006-08-30&v03=&v04=&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=&v12=&v13=&v14=&v15=&v16=&v17=&v18=&v19=&v20=&v21=&v22=&v23=&v24=&v25=&sort=0&submit=Pesquisar&d=2006-08-30&maxDate=2013-02-23&minDate=1960-01-01>

República, Diário da (2007). Despacho n.º 1234/2007. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/110-AA_Desp_1234_2007_3ALT.pdf

- República, Diário da (2008a). Despacho n.º 10279/2008. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/110-AA2_Desp_10279_2008_7ALT.pdf
- República, Diário da (2008b). Despacho n.º 10280/2008. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/110-AA3_Desp_10280_2008_7ALT.pdf
- República, Diário da (2009a). Decreto-Lei n.º 129/2009. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C33E6432-C0CA-4F3C-941C-25D1A7B3D21B/0/DL1292009MedicamComp.pdf>
- República, Diário da (2009b). Despacho n.º 14123/2009. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/110-Z1A2_Desp_14123_2009.pdf
- República, Diário da (2010a). Decreto-Lei n.º 6/2010. Retrieved 12-02-2013, from <http://dre.pt/pdfs/2010/05/08900/0161601616.pdf>
- República, Diário da (2010b). Decreto-Lei n.º 48-A/2010. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=d&cap=&doc=20100872&v01=1&v02=2010-05-13&v03=&v04=&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=&v12=&v13=&v14=&v15=&v16=&v17=&v18=&v19=&v20=&v21=&v22=&v23=&v24=&v25=&sort=0&submit=Pesquisar&d=2010-05-13&maxDate=2013-02-12&minDate=1960-01-01>
- República, Diário da (2010c). Decreto-Lei n.º 106-A/2010. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/097B26E2-1543-4B4E-BA26-FA0785B4A0CE/0/DecLei106politicamedicamento.pdf>
- República, Diário da (2011a). Decreto-Lei n.º 112/2011. Retrieved 12-02-2013, from <http://www.dre.pt/pdfs/2011/11/22900/0510405108.pdf>
- República, Diário da (2011b). Despacho n.º 13020/2011. Retrieved 12-02-2013, from http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_IV/110-O2B1_Desp_13020_2011.pdf
- Rheumatology, A. C. o. (2013). Whai is e-prescribing? Retrieved 02-02-2013, from <http://www.rheumatology.org/practice/office/hit/erx.asp>
- Rodger, M. (2012). Good Knowledge Management System, Bad Shared Knowledge: What happens to trust when experts share erroneous knowledge with novice KMS USERS? *Advances in Management*, 5(1), 9-13.

- Román, G. C. (2002). Defining dementia: clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia. *Acta Neurologica Scandinavica*, 106, 6-9. doi: 10.1034/j.1600-0404.106.s178.2.x
- Román, G. C., Erkinjuntti, T., Wallin, A., Pantoni, L., & Chui, H. C. (2002). Subcortical ischaemic vascular dementia. *The Lancet Neurology*, 1(7), 426-436. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(02\)00190-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(02)00190-4)
- Roque, A., Bugalho, A., Costa, J., & Carneiro, A. V. (2010). Norma de Orientação Clínica Diagnóstica. CEMBE: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rousseau, D. M. (1997). Organizational behaviour in the new organizational era. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 515-546. doi: doi:10.1146/annurev.psych.48.1.515
- Saxena, S., Sharan, P., Garrido, M., & Saraceno, B. (2006). World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatric*, 5(3), 179-184.
- Saúde, D. G. d. (2012). Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental: Direcção Geral da Saúde.
- Saúde, M. d., & ACSS. (2008). e-Agenda. Retrieved 09-01-2013, from <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/eAgendamannual.pdf>
- Saúde, Portal da (2010). História do Serviço Nacional de Saúde. Retrieved 11-10-2012, from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- Saúde, Portal da (2011). Prescrição electrónica de medicamentos. Retrieved 09-01-2013, from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/medicamentos/prescricao+electronica.htm>
- Saúde, Portal da (2007). Conselho de Ministros aprova Plano Nacional de Saúde Mental e cria Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma. Retrieved 05-11-2012, from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/10/rcm+mental.htm>
- Saúde, Portal da (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Retrieved 08-11-2012, from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/3/saude+mental.htm>
- Schmidt, P. J. (2005). Mood, depression, and reproductive hormones in the menopausal transition. *The American Journal of Medicine*, 118(12, Supplement 2), 54-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.09.033>

- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S., & Mann, A. (1999). EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I—factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 651-661. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199908)14:8<651::aid-gps992>3.0.co;2-b
- Serrano, A. (2007). O impacto da sociedade da informação no sistema de saúde em Portugal: uma visão de gestão. *Sociedade da informação: o percurso português: dez anos de sociedade de informação, análise e perspectivas*. (pp. 173-188): Edições Sílabo.
- Shinyi Wu, B. C., Jerome Wang, Margaret Maglione, Walter Mojica, Elizabeth Roth, Sally C. Morton, and Paul G. Shekelle. (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Annals of Internal Medicine* 144, 10, 742-752.
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde - Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Livraria Almeida - Coimbra.
- Slad, M. (2011). 100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental (pp. 65). Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Smith, N. A., Seale, J. P., Ley, P., Shaw, J., & Bracs, P. U. (1986). Effects of intervention on medication compliance in children with asthma. *Med J Aust*, 144(3), 119-122.
- Sobocki, P. (2006). *Health economics of depression*. Karolinska Instituted, Stockholm, Sweden. Retrieved from <http://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/39692>
- Softreis. (2011). Softreis. Retrieved 09-01-2013, from http://www.softreis.pt/wp/?page_id=1806
- SoftReis. (2011). Software: SPharm e WinArmz. Retrieved 09-01-2013, from http://www.softreis.pt/wp/?page_id=1809
- Sousa, P. A. F. d. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*, 22 (Especial - 70 anos), 884-894.
- Strandh, M. (2000). Different Exit Routes from Unemployment and their Impact on Mental Well-Being: The Role of the Economic Situation and the Predictability of the Life Course. *Work, Employment & Society*, 14(3), 459-479. doi: 10.1177/09500170022118527
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374(9686), 315-323. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- Tabert, M. H., Liu, X., Doty, R. L., Serby, M., Zamora, D., Pelton, G. H., . . . Devanand, D. P. (2005). A 10-item smell identification scale related to risk for Alzheimer's disease. *Annals of Neurology*, 58(1), 155-160. doi: 10.1002/ana.20533

- Teixeira, J. M. (2009). É necessária uma definição precisa de doença mental? *Saúde Mental*, 11, 7-10.
- Teixeira, J. M. (2010). A ética das Guidelines. *Saúde Mental*, 12(5), 7-12.
- Teixeira, L., Ferreira, C., & Santos, B. S. (2012). User-centered requirements engineering in health information systems: A study in the hemophilia field. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 106(3), 160-174. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmpb.2010.10.007>
- Thompson, C., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., & Adamson, J. (2007). Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 7(1), 18.
- UE, P. d. S. P. d. (2012). Nova iniciativa da Comissão sobre cuidados de saúde transfronteiras. Retrieved 07-11-2012, from http://ec.europa.eu/health-eu/news/streaming/crossborder/crossborder_pt.htm
- Union, E. (2011). Q&A: Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. from [http://europa.eu/rapid/press-release MEMO-11-32_en.htm?locale=en](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-11-32_en.htm?locale=en)
- Urquhart, J. (1996). Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. *Eur Heart J*, 17 Suppl A, 8-15.
- Valormed. (2011). Relatório de Actividades 2011.
- Van Wijk, B. L., Klungel, O. H., Heerdink, E. R., & de Boer, A. (2005). Effectiveness of Interventions by Community Pharmacists to Improve Patient Adherence to Chronic Medication: A Systematic Review. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39(2), 319-328. doi: 10.1345/aph.1E027
- Vaz, A. F., Pinto, C. G., Lourenço, A., Monteiro, E., Barros, H. d., Vale, M. d. C., . . . Montenegro, M. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde. (pp. 69): Alto Comissariado da Saúde.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*, 26(5), 331-342.
- W.Setzer, V. (2004). Dado, Informação, Conhecimento e Competência *Folha Educação*(27), 6 e 7.
- Waldemar, G., Dubois, B., Emre, M., Georges, J., McKeith, I. G., Rossor, M., . . . Winblad, B. (2007). Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *European Journal of Neurology*, 14(1), e1-e26. doi: 10.1111/j.1468-1331.2006.01605.x

- Waters, L. E. (2000). Coping with unemployment: a literature review and presentation of a new model. *International Journal of Management Reviews*, 2(2), 169.
- WHO, & Wonca. (2008a). *Integrating mental health into primary care : a global perspective*.
- WHO, & Wonca. (2008b). *Integrating mental health into primary care: A Global perspective*: World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca).
- Winefield, A. H. (2002). Unemployment, Underemployment, Occupational Stress and Psychological Well-Being. *Australian Journal of Management (University of New South Wales)*, 27(1 suppl), 137-148. doi: 10.1177/031289620202701s14
- Winphar. (2013). Winphar: Sistemas de Informação para Farmácias. Retrieved 09-01-2013, from <http://www.winphar.pt/>
- Yurkovich, E. E., & Lattergrass, I. (2008). Defining health and unhealthiness: Perceptions held by Native American Indians with persistent mental illness. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(5), 437-459. doi: 10.1080/13674670701473751
- Zimmermann, H. J. (2006). Knowledge Management, Knowledge Discovery, and Dynamic Intelligent Data Mining. *Cybernetics and Systems*, 37(6), 509-531. doi: 10.1080/01969720600734412